





22500450767





REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER



REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL

ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine.

COMITÉ DE RÉDACTION :

D^r P. BERGER

Agrégé de la Faculté de Médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

D^r A. CARTAZ

**Secrétaire
de la rédaction.**

D^r H. RENDU

Agrégé de la Faculté de Médecine,
Médecin des hôpitaux.

Collaborateurs : MM. CH. ABADIE, ASSAKY, BALZER, BARBE, BARTH, J. BEX, BRINON (DE)
BROCA, CAMPENON, CAULET, CHAUFFARD, DANLOS, DASTRE, DEBOVE, DELBET,
DESCOURTIS, DREYFUS-BRISAC, DUFLOCO, MATHIAS DUVAL, FAUCONNIER, FREDERICQ,
GALLIARD, GALLOIS, GARNIER, GILBERT, GIRAudeau, GRANCHER, GUINON, HACHE, HANOT,
HENNEGUY, HOLMAN, HOLSTEIN, R. JAMIN, E. JAVAL, JULLIEN, KUHF, LABADIE-LAGRAVE,
LANDOUZY, DE LAPERSONNE, LEFLAIVE, LELOIR, H. LEROUX, LION, LUBET-BARBON, LUC,
LYON, MATHIEU, MAUBRAC, MERKLEN, MOSSÉ, NICOLAS, GETTINGER, OZENNE, PARISOT,
CH. PÉRIER, L.-H. PETIT, PORAK, PRENANT, REMY, J. RENAUT, RETTERER, RICHARDIÈRE,
RICHELOT, RICKLIN, ROHMER, SANTI (DE), SCHWARTZ, SÉNAC-LAGRANGE, SIREDEY,
F. TERRIER, THIBIERGE, THOMAS, TISSIER, WALTHER, WINTER.

DIX-NEUVIÈME ANNÉE

TOME XXXVIII

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1891

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY	
Coll.	WelMOMec
Coll.	
No.	

SOMMAIRE DU N° 3

TOME XXXVIII



ANATOMIE.

Cerveau, *Waldeyer*, 1. — Mucine, *Hoyer*, 2. — Coloration du tissu nerveux, *Feist*, 5. — Moelle, *Auerbach*, 7. — Muscles striés, *Buetschli*, *Schwia-koff*; développement du petromyzon, *Kuppler*, 8. — Cœur embryonnaire, *Fano*, *Badano*; fentes branchiales, *Houssay*, 11. — Cellules animales, *Auerbach*, 12. — Poils à sinus, *Mayer*, nerfs de l'œil, *Boucheron*, 13. — Sac conjonctival, *Seiler*; trachée, *Lejars*,

14. — Amygdale, *Stoechr*; fosses nasales, *Pilliet*, 15. — Labyrinthe, *Sie-bermann*; sac lymphatique œsopha-gien, *Ranvier*; pancréas, *Gœppert*, 16. — Intestin grêle, *Nicolas*, 17. — Tes-ticule, *Etzold*, 19. — Nerfs de la ves-sie, *Nawrocki*, *Skabitchewsky*; arti-culation astragalienne, *Thomson*, 20. — Apophyse épitrochléenne, *Nicolas*; col du fémur, *Humphry*, 21. — Petit orteil, *Pfitzner*, 22.

PHYSIOLOGIE.

Excitabilité des centres nerveux, *Aducco*, *Oddi*, *Belmondi*, 24. — Vaso-moteurs, *Morat*, *Doyon*, 25. — Sympathique cervical, *Arloing*; pression sanguine, *Maximowitsch*, *Rieder*; action de l'urée sur les vaisseaux, *Cavazzani*, *Rebastello*, 26. — Nerfs de la veine porte, *Mall*; échanges respiratoires, *Oddi*, *Richet*, 27; *Wertheimer*, *Lan-glois*, *Richet*; glycogène hépatique, *Slosse*, 28. — Centre respiratoire, *Preobraschensky*; muscles du larynx, *Masini*; ferments non figurés, de *Ja-*

ger, 29. — Cellules hépatiques, *Hoff-mann*, *Klein*; absorption stomacale, *Matoni*, *Ferrannini*, 30. — Digestion, *Herzen*, *Pawlow*, *Schumora-Sima-nowskaja*, 31; *Streng*, *Sahli*, 32; *Woffhardt*, *Hirschfeld*, *Girard*, 33; *Dastre*, 34. — Élimination du fer, *Dastre*, 34. — Ferment glycolitique, *Lépine*, *Barral*, *Arthus*, 35. — Com-bustions intestinales, *Slosse*, 36. — Canaux semi-circulaires, *Ewald*; ab-sorption utérine, *Falk*, 37.

CHIMIE MÉDICALE.

Fluidité du sang, *Schmidt*; hémoglo-bine, *Benczur*, *Csatary*, 38. — Sucre du sang, *Rohmann*; suc gastrique, *Pouritz*; décomposition de l'albumine, *Nencki*, 39. — Digestion de la géla-tine, *Klug*; ferments coagulants, *Lats-chenberger*; dosage de l'albumine, *Christensen*, *Geisler*, 40. — Excré-tion d'acides sulfoconjugués, *Biernacki*, 41. — Suc gastrique, *Salkowski*, *Ku-*

magawa; formation de l'urée, *Schrœ-der*; sucre de l'amidon, *John*, 42. — Dosage du sucre, *Havelburg*; indru-bine, *Rosin*, 43. — Cristaux hépa-tiques, *Grandis*; lait et gaïac, *Kowa-lewsky*, 44. — Cholératoxine, *Scholl*; formation d'indol par les bactéries, *Lewandowsky*, 45. — Hydrates de carbone, *Kerry*, *Fränkel*, 46.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Leucocytose, *Ribbert*, *Baumgarten*, 46. — Dégénérescence et nécrose du tissu graisseux, *Neumann*, 47; *Langerhans*, 48. — Dégénérescences cellulaires, *Cazin*, 48. — Régénération du muscle, *Nauwerck*; psorospémie, *Pfeiffer*, 49. — Cancer, *Schuetz*, *Le Dentu*, *Domerque*, *Klebs*, 50. — Crachats, *François*, *Combemale*, 51; *Pansini*, 52. — Hématologie, *Oriou*, 52; *Mara-gliano*, 53. — Thrombose, *Bencke*, 53. — Apoplexie, *Geigel*, *Stein*, 54. — Hémorragie pancréatique, *Falk*; rup-ture de l'aorte, *Pawinski*, 55. — Né-vrites, *Babes*, *Marinesco*, 55; *Bris-*

saud, 56. — Chorée, *Wollenberg*, *Turner*, 56. — Influenza, *Klebs*, 57. — Rhumatisme, *Nepveu*, 58. — Diverti-cules œsophagiens, *Virchow*, *Rosen-thal*; tuberculose gastrique, *Barbacci*, 59. — Atrophie de l'intestin, *Juergens*, *Leyden*; capsules surrenales, *Zander*, 60. — Néphrites, *Marchand*, *Kahlden*; cellules de la moelle osseuse, *Strœbe*, 62. — Hygroma, *Goldmann*; poils des kystes, *Hildebrandt*; kystes congéni-taux, *Lannelongue*, *Achard*, 63. — Cholestéatome, *Glæser*; angiome glan-dulaire, *Bard*, *Lemoine*, 64.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Asphyxie, *Laulanié*; ablation des cen-tres corticaux, *Gaule*, 65; *Basevi*, 66. — Greffe cérébrale, *Thompson*, 66. — Compression et commotion spinales, *Rosenbach*, *Schtscherback*, 67; *Schmaus*, 68. — Ablation du pancréas, *Dominic-is*; gaz intestinaux, *Nowack*, *Braun-*

tigam, 69. — Anurie, *Spallitta*; uré-mie, *Landois*, 70. — Néphrite, *Let-zinc*; inflammation, *Buchner*, *Lange*, *Rœmer*, 71. — Microcoque pyogène, *Eiselsberg*, 72. — Tuberculose, *Ham-merschlag*; électricité et microbes, *Prochownick*, *Spaeth*, 73. — Plaies

Braatz; irritation bactérienne, *Cattani*; action bactéricide du sérum, *Behring*, *Nissen*, 74; *Gottstein*, 75. — Rate et infection, *Bardach*, 75. — Terrains et bactéries, *Kitasato*, *Weyl*, *Manfredi*, *Serafini*, 76. — Bacille pyocyanique, *Ginard*; bacille typhique, *Cygnæus*, 77; *Orlow*, 78. — Suppuration, *Kapper*; tuberculose, *Kostiurine*, *Krainsky*.

78. — Staphylocoque orange et blanc, *Lannelongue*, *Achard*; gangrène du poulmon, *Hirschler*, *Terray*, 79. — Leucémie, *Kelsch*, *Vaillard*; diphtérie, *Tangl*, 80. — Septicémie, *Gottstein*; charbon, *Metschnikoff*, *Wagner*, 81. — Tétanos, *Tizzoni*, *Cattani*, 82; *Vaillard*, *Vincent*, 83.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Anesthésie, *Kart*, *Meister*; andromédoxine, *Plugge*, 84. — Cédarine, *Kobert*; crésalol, *Bircher*, *Widmer*, *Zimmerli*; lysol, *Remouchamps*, *Sugg*, 85; *Cramer*, *Wehmer*, 85. — Couleurs d'aniline, *Pilliet*, *Eraud*, *Hugouenq*, *Brandenberg*, 86. — Uranium, *Kobert*, 87. — Méthylal, de *Montyel*; chloralamide, *Mairet*, *Bosc*; chloral, *Richet*, 88. — Somnal, *Thompson*; iode et iodures, *Anfuso*, *Heinz*, 97. — Cadavérine, *Kobert*, 90. — Alcoolisme, *Lancereaux*, *Cadéac*, *Meunier*, 91. —

Quinine, *Berthelot*; fluoroforme, *Binz*, 93. — Persil, *Mourgues*, *Laborde*, savons, *Munk*; hydronaphtol, *Bryce*; acide phosphorique, *Schulz*, 94. — Vins, *Hugouenq*, 95. — Empoisonnements: par la cocaïne, *Hallopeau*, *Fischer*; par la santoline, *Hecker*, 95; par le mercure, *Ludwig*, *Zillner*, *Neuberger*, 96; par le datura, *Albrecht*; par le mercure, *Weischselbaum*, *Pollack*, 97; par l'acide phénique, *Schlischer*, 98.

THERAPEUTIQUE.

Traité, *Soulier*, 98. — Tuberculose, *Sticker*, *Sahli*, *Picot*, *Pignol*, *Laborde*, 99; *White*, *Liebrech*, 101; *Schafer*, *Schwald*, 102. — Pleurésie, *Lewaschew*; pneumonie, *Fenwick*, 103; *Petresco*, *Hénault*, 104. — Tellurate de soude, *Combemale*, *Dubiquet*, 104. — Coqueluche, *Neovius*; injections salines, *Sahli*, *Cartier*; sozo-

iokol, *Nitschmann*, 105. — Syrygium, *Lewaschew*, *Villy*; fièvre typhoïde, *Teissier*, *Marotte*, 106; *Bouvet*, 107. — Stomatite, *Sullivan*; oxygène dans les maladies de l'estomac, *Landi*, 107. — Ingestion d'eau froide, *Stricker*, *Friedrich*; orexine, *Glueckziegel*, *Imrédy*; diphtérie, *Löffler*, 108. — Salol dans le rhumatisme, *Jacquemart*, 109.

HYGIÈNE.

Causes de décès, *Raths*, 109. — Mortalité de Berlin, *Raths*, 110. — Vaccination, *Mangenot*, *Belval*; commune de Fort-Mardick, *Lancry*, 111. — Diphtérie, *Löffler*, 112. — Eaux potables, *Schlatter*, *Péré*, 113; *Proskauer*, 114. — Alcool amylique, *Stutzer*, *Reitmair*, *Strassmann*, 115. — Saturnisme, *Deshayes*, *Miura*; vêtements, *Hobein*, 116. — Myopie scolaire, *Schmidt-*

Rimpler, 117. — Désinfection, *Frosch*, *Clarenbach*, 118. — Salage des viandes, *Freytag*, 119. — Consommation de viandes, *Frœhner*, *Knudsen*, *Schmidt*; beurres, *Nikam*; saccharine, 120. — Stigmate des boulangers, *Rauzier*, *Bourguet*; inspection des fabriques, 121. — Boues des villes, *Moreau*; humus de tourbe, *Wawrinsky*, 122.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MEDICALE.

Maladies de l'appareil cérébro-spinal, *Struempell*, 123; *Duffocq*, *Schœnthal*, *Sheldon*, *Martini*, *Sonnenburg*, 124; *Brosset*, *Eulenburg*, 126; *Laquer*, *Goldflam*, *Imerwal*, *Eichhorst*, *Lorenz*, *Modigliano*, 127; *Gowers*, 128; *Peyer*, 129; *Benzler*, *Sutton*, *Le Diberder*, 130; *Moncorgé*, *Klebs*, *Harley*, 131; *Ruttie*, *Gerhardt*, *Pel Cénas*, 132; *Möbius*, *Mendelssohn*, *Muller-Lyer*, *Woltke*, *Guinon*, de la Tourlette, *Cathelineau*, *Boinet*, *Pitres*, 134; *Richardière*, *Babinski*, *Huber*, *Treitl*, *Boix*, 135. — Maladies du muscle, *Seifert*, *Prinzling*, *Senator*, *Remak*, 138; *Upson*, *Pilliet*, *Ness*, *Marie*, *Onanoff*, 139. — Maladies du cœur et des vaisseaux, *Duroziez*,

140; *Faisans*, *Fraentzel*, *Oliver*, 141; *Bronner*, *West*, 142; *Ord*, *Finlayson*, *Hammond*, 143. — Maladies de l'appareil respiratoire, *Debove*, *Rémond*, *Potain*, *Netter*, 144; *Charrin*, *Roger*, *Regnault*, *Sarles*, 145; *Goldschmidt*, 146. — Maladies de l'appareil digestif, *Reichmann*, 146; *Silberstein*, *Hunter*, 147; *Wilson*, *Ratcliffe*, *Saundby*, *Drummond*, *Chauffard*, 148; *Walker*, *Delépine*, 149; *Galliard*, *Chauffard*, *Widal*, *Glenard*, 150. — Diabète, *Renzi*, *Reale*, *Honigmann*, *Gans*, *Voss*, *Auché*, 152. — Néphrites, *Larg*, *Herringham*, *Landi*, 153; *Rattray*, *Smith*, *Kœttnitz*, 155; *Copeman*, *Purdy*, *Oppenheimer*, 156. — Paludisme, *Laveran*, 157; *Pepper*, *Marchiafava*, *Celli*, 158. —

Fièvre typhoïde, *Bonardi, Flora, Silvestrini, Raymond, Spirig, Philips, Crossland*, 160; *Farge, De-*

zanneau, 162. — Rage, *Laveran*, 162. — Diphthérie, 163.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Traité, *Tait*, 164. — Suppurations pelviennes, *Delbat*, 165. — Métrites et salpingites, *Landsberg, Zweifel, Doerfler, Para, Gofestre, Boursier*, 167; *Reverdin*, 168. — Flexions utérines, *Veit*, 168. — Catarrhe utérin, *Stratz*; hystérectomie, *Rosthorn*, 170; *Segond*, 171; *Tait, Terrillon, Bouilly*, 172. — Suites de la castration, *Keppler, Grammaticati*, 174. — Ichtyol en gynécologie, *Freund*; ventrofixation, *Sperling*; ablation du cancer, *Terrillon, Bouilly, Terrier*, 176; *Taylor, Mueller*, 177. — Myomes utérins, *Roesger, Leopold, Martin*, 179. — Electrolyse, *Nagel*, 180; *Miette, Apostoli, Næggerath, Wright*, 181. — Amputation utérine, *Jeannel*, 183. — Epithéliome ovarien, *Steffek*; torsion du pédicule, *Curio, Ritter*, 184. — Abouchements du rectum à la vulve, *Puech*; restauration du vagin, *Lepré-*

vost, 185. — Rétrécissements du vagin, *Kuestner*; malformations génitales, *Frank*; grossesse avec mauvaise nutrition, *Roudolsky*, 186. — Grossesse et affections du cœur, *Williams*; grossesse et prolapsus utérin, *Berne*; grossesse et tumeurs, *Gordes*, 187; *Sutugin, Soutougine*, 188. — Palper obstétrical, *Leopold, Pantzer*; lochies, *Artemieff*, 189; *Samschin, Simon*; scarlatine puerpérale, *Durand*, 190. — Eclampsie, *Herff*; rupture de l'utérus, *Carl*, 191; grossesse anormale, *Peyre*, 191. — Accouchement prématuré, *Calderini, Balandin*, 192. — Avortement, *Winter*, 193; *Gautier*, 194. — Castration et ostéomalacie, *Baumann*, 194. — Placenta prævia, *Schrader*; grossesse extra-utérine, *Keller, Orthmann, Klein*, 195; *Flothmann*, 196; *Regnaud*, 197.

MALADIES DES ENFANTS.

Paralysies, *Sachs, Comby*; convulsions, *Ronaldson*, 198. — Syncope, *Dauchez*; tétanie, *Escherich*; chorée, *Meyer*; pneumonies, *Aufrecht*, 199. — Toux aboyante, *Clarke*; pleurésie et abcès du poumon, *Bristowe, Hawkins, Voelker, Coupland, Gould, Westbrook*, 200. — Choléra, *Rheiner*, 201. — Péritonite, *Mercier*; indicaturie, *Hochsinger*, 202. — Ictère, *Cnopf*; diar-

rhée verte, *Thomas, Weber*; anémies, *Luzet*, 203. — Médication antipyrétique, *Hagenbach*, 204. — Etats septiques, *Babes*, 205. — Rougeole, *Henoch*; sténose intestinale, *Emerson*, 206. — Tétanos, *Baginsky*; calcul urétral, *Crandall*, 207. — Trépanation du rachis, *Knox*; cure des hernies, *Félizet*, 208.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Prurit hiémal, *Corlett*; gelure des lèvres, *Taenzer*, 209. — Dermatozose, *Buzzi, Miethke*; prurigo, *Augagneur, Tenneson*, 210. — Kératodermie, *Hallopeau, Claisse*; dermatomyosite, *Unverricht*; prurigo, *Goldenberg*, 211. — Dermographie, *Raymond*; lichen, *Brocq, Jacquet*; glossite, *Michelson*, lupus lingual, *Michelson*, 213. — Lupus utérin, *Zweifel*; nævi, *Cohn*, 214. — Ulcus rodens, *Bæck, Unna*; pelade, *Frælich*, 215. — Angionévrose, *Hallopeau*, 216. — Farcinose, *Besnier, Hallopeau, Janselme*, 217. — Injections d'huile, *Burlureaux*; lèpre, *Thièrge, Wesener*, 218; *Rake*, 219. — Eruptions médicamenteuses, *Grancher*; vernis à l'ichthyol, *Unna*; syphilis héréditaire, *Stæber*; rachitisme et syphilis, *Manssurow*, 220. — Réinfection,

Lubarski, Younge, Jakowlen, Pospelow; syphilis cérébrale, *Burkhardt*, 221. — Syphilis médullaire, *Moeller, Lancereaux*, 222. — Paralysie générale, *Charbonneau*; syphilis de la gorge, *Natier, Moure, Raulin*, 223. — Diabète, *Souroukitchy*; syphilis pulmonaire, *Lancereaux*; syphilis du cœur, *Zakharine*, 224. — Chancres, *Pawlow, Taylor*, 225. — Syphilis utérine, *Isaac*, 226. — Traitement de la syphilis, *Kœbner, Szadeck, Lowenthal, Moncorvo, Ferreira*, 227; *Gold, Fischer, Seleniew, Vishograd, Mazza, Kronfeld, Stein*, 228; *Kalashinkoff, Vogeler*, 229; *Michalewitsch*, 230. — Stomatite, *Lanz*; blennorrhagie, *Eraud, Fabry*, 230; *Balzer, Souplet, Raymond, Tommasoli*, 231.

MÉDECINE LÉGALE.

Empoisonnement par l'oxyde de carbone, *Knorr, Falk*, 232. — Taches de sang, *Mussi*; plaie du cœur, *Magnan*; brûlures, *Hunter, Welti*; hémorragies méningées, 233. — Plaie de la moelle, *Neumann*; ongle blessé, *Burghard*,

234. — Empoisonnement par l'eau blanche, *Aigre, Planchon*, 235. — Distillation de goudron, *Greiff*, 236. — Perforation de l'estomac, *Vibert*, 237. — Avortement, *Grossmann*; infanticides, *Fielitz*; cadavres, *Kœnig*,

238. — Vulvites, *Kratter, Viberg, Bordas*; 239. — Avortement, *Vibert*; suicides, *Shoveller*; castration, *Mas-*

sazza, 240. — Flagellation, *Barbet*, 241.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Traité, *Duplay, Reclus*, 241. — Spectroscopie, *Hénocque, Bazy*, 242. — Anesthésie, *Julliard*, 243. — Greffes, *Ruyter*, 243; *Redard, Chalot, Goldmann*, 244. — Lésions du crâne, *Poirier, Krœnlein, Hoffmann, Le Dentu, Griffith, Bremer*, 245; *Boges, Hammond, Jones, Weir*, 249; *Broca, Lannelongue, Anger, Maunoury, Heurtaux*, 252. — Anévrismes, *Pétrovitch*, 253; *Kraus, Zeidler*, 254. — Lymphangiectasie, *Eger*, 255. — Lésions du poulmon, *Kuester, Hoffmann*, 255; *Tuffier*, 256. — Goîtres, *Charvot*, 256; *Massey*, 257. — Lésions du tube digestif, *Terrier, Louis*, 257; *Debove, Rémond, Billroth*, 258; *Canniot, Langenbuch, Roux, Rose*, 259; *Terrier, Courvoisier, Zuco*, 260; *Terillon, Terrier, Chaput, Tillaux, Bertrand, Picqué*, 265; *Périer, Michaux, Mauny*, 266; *Adenot, Jaboulay, Thi-*

riar, 268; *Broca, Wassilieff*, 269; *Chaput*, 270; *Reclus, Renvers*, 271; *Moty, Russell, Richmond*, 272. — Maladies des voies urinaires, *Fenwick, Browne, Heydenreich, Frœlich*, 273; *Hall, Lane*, 274; *Segond, Pozzi, Tuffier, Heydenreich*, 275; *Roux, Bottini*, 276; *Englisch*, 277. — Maladies du testicule, *Peyer*, 277; *Cahen, Duchesne*, 278; *Poirier*, 279. — Maladies des os et des articulations, *Kirmisson*, 279; *Ballenghien*, 280; *Kuemmell*, 281; *Vallas, Kummer, Ollier, Kœhler, Fischer*, 282; *Audry, Boeckel*, 284; *Mirovitch, Lannelongue*, 285; *Hennequin*, 286; *Pfender, Petit*, 287. — Kystes poplités, *Poirier*; cancer de l'aîne, *Gluck*, 288. — Fistule sacrée, *Verneuil*; myosite tuberculeuse, *Delorme, Reverdin*, 289. — Adénite, *Nicaise, Reboul*, 290.

OPHTALMOLOGIE.

Myopie, *Schweizer*, 290. — Nystagmus, *Freund*; greffe des paupières, *Rachlmann*, 291. — Ptosis, *Heisrath*; rétrécissement lacrymal, *Galezowski, Rohmer*, 292. — Angiome de l'orbite, *Panas*; corps étranger de l'orbite, *Higgins*; hydatide de l'orbite, *Valude*; contusion de l'œil, *Leplat*, 293. — Synchisis, *Gallemaerts*; conjonctivite, *Darier*; ulcères cornéens, *Valude*, 294. — Paralysies oculaires, *Debove,*

Eperon, Bernhardt, 295. — Amblyopie réflexe, *Dunn*, 296. — Cécité par méningite, *Stowell*; héméralopie, *Shirmer*; amblyopie quinique, *Uthhoff*, 297. — Ophtalmie sympathique, *Helma, Basevi, Meyer, de Wecker*, 298. — Vaisseaux dans le corps vitré, *Hirschberg*; énucléation de l'œil, *Braunschweig*, 300. — Corps étrangers, *Lotz, Rieke, Ziem*, 301. — Pyocétanine en oculistique, *Duci*, 302.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Angine à pneumocoques, *Jaccoud*; opération de Rouge, *Knight*; trépanation du sinus frontal, *Müntz*, 302. — Hydrencéphalocèle du nez, *Bottez*, 303. — Rhinoplastie, *Tripier*; accidents des opérations nasales, *Lermoyez*, 304. — Tuberculose laryngée, *Fraenkel, Schermann, Heryng*, 305; *Nykamp*, 306. — Luxation crico-thyroïdienne, *Braun*; œdème laryngé, *Rosenberg*, 307. — Syphilis laryngée, *Lefferts*; tumeurs

du larynx, *Lincoln, Hooper*; paralysies laryngées grippales, *Krakauer*, 308. — Exlirpation du larynx, *Tietze, Hahn, Wallace, Bardenheuer*, 309. — Fracture du larynx, *Desvernine-Galdos*, 311. — Croup, *Waxham*; chloroforme dans la trachéotomie, *Geffrier*, 312. — Lésions de la trachée, *Parker, Kruse, Cahen, Montgomerie, Bidwell, Koch*, 313. — Affections de l'oreille, *Leudet, Botey*, 314.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES

Recueil d'observations des hôpitaux militaires, 315. — Effets de fusils de petit calibre, *Delorme, Chavasse, Bruns, Hartog*, 319. — Pansements au sublimé, *Lerhnbecher, Hartmann*,

Pfuhl, 321. — Maladies vénériennes, *Greiz*; traitement de la sueur des pieds, 322. — Désinfection de l'eau potable, *Bliesener*, 323.

REVUE GÉNÉRALE.

De la parésie analgésique de Morvan, *Verchère*, 324.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

SOMMAIRE DU N° 4

TOME XXXVIII

ANATOMIE.

Ganglions, *Lenhossek*, 401. — Fibres musculaires, *Kaestner*, *Apathy*, 402. — Tissu réticulé, *Mall*, 403. — Tissu sous-péritonéal, *Anderson*, *Makins*; division nucléaire, *Schwarz*, 404. — Embryon, *Kollmann*, 405. — Développement de la salamandre, *Wiedersheim*, 407. — Glandes ciliaires, *Nicati*, 408. — Organe olfactif, *Suchanek*; caroncule lacrymale, *Stieda*, 409. — Trac-

tus thyroïdienne, *His*; arc dentaire, *Zsigmondy*, 410. — Ligament dentaire, *Collaud*; canal du limaçon, *Katz*, 411. — Sphénoïde, *Sternberg*, 412. — Corde dorsale, *Barfurth*, 413. — Utérus, *Rossignol*, 413; *Reinstein-Mogilowa*, *Nicolas*, 414; *Wallich*, 415. — Rein, *Meyer*, 415. — Articulations, *Fick*; régénération des poils, *Giovannini*, 416.

PHYSIOLOGIE.

Irritation du cerveau, *Koranyi*, *Lœb*, *Wedenski*, 418. — Pression cérébrale, *Cybulsky*, 419. — Centre du vomissement, *Thomas*; action des poisons sur les nerfs, *Langley*, *Dickinson*, 420. — Nerfs sacro-lombaires, *Langley*; lobes optiques, *Wilson*, 421. — Nerf laryngé, *Howell*, *Huber*; ganglion ophtalmique, *Quercughi*, 422. — Nerf sympathique, *Arloing*, 423. — Sensibilité, *Exner*; réflexe tendineux, *Waller*, 424. — Contraction musculaire, *Wedenski*, *Haycraft*, 425. — Combinaisons du sang avec l'oxygène, *Bohr*, 426. — Gaz du sang, *Wittkowsky*; glycogène du sang, *Gabritschewsky*; coagulation du sang, *Ringer*, *Sainsbury*, 430; *Wright*, 431; *Shore*, 432. — Extrait de sangsue, *Dickinson*; bruits du cœur, *Haycraft*,

433. — Pouls, *Pick*; saignée, *Dogiel*, 434. — Digestion gastrique, *Chittenden*, *Hartwell*, 435; *Chittenden*, *Goodwin*, *Horton-Smith*, *Lea*, *Dickinson*, 436; *Prausnitz*, *Rachford*, *Ringer*, 437; *Luciani*, 438. — Chyle, *Munk*, *Rosenstein*, 438. — Passage de la graisse dans la bile, *Rosenberg*, 439. — Sueur, *Smith*; rayons ultra-violet, *Widmark*; oreille interne, *Fano*, *Masini*, 440. — Excitation cérébrale, *Böck*, *Le Bœuf*, 441. — Canal rachidien, *Reid*, *Sherrington*; thermométrie céphalique, *Fasola*; excitation des nerfs, *Ehl*, 443. — Pésistance électrique du corps, *Silva*, *Pescarolo*; réflexe anal, *Rossolimo*, 443. — Action des muscles, *Beever*; sucres, *Alber-toni*, 444.

CHIMIE MÉDICALE.

Densité du sang, *Peiper* ; oxyhémoglobine dans la bile, *Stern* ; gluten caséine, *Chittenden*, *Smith*, 445. — Hématoporphyrine, *Copeman*, *Salkowski*, 446. — Albumine, *Mac William* ; sucre dans l'urine, *Posner*, *Epenstein* ; putréfaction de l'albumine, *Gabriel*, *Aschau*, 447. — Albuminoïdes, *Harnack*, *Lœnnberg*, 448. — Rouge de l'urine, *Abraham*, *Rosenbach* ; 449. — Diazo-réaction, *Ruetimeyer*, 451. —

Alcaptonurie, *Wolkow*, *Baumann*, 452. — Dosage de l'albumine, *Devoto* ; dosage des iodures, *Jolles* ; peptotoxine, *Salkowski*, 455. — Acide lactique, *Zillensen*, *Araki*, 456. — Élimination du fer, *Gottlies*, 457. — Ascite, *Hammarsten*, 458. — Spermine, *Pæhl* ; crachats tuberculeux, *Bonardi*, 459. — Alcaloïde des tubercules, *Zuelzer*, 460. — Os rachitiques, *Brubacher*, 461.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Traité, *Israel*, 461. — Encéphalite, *Friedmann*, 462 ; *Zacher*, 463. — Névroglie, *Weigert*, 464. — Dégénérescences nerveuses, *Oddi*, *Rossi*, 465. — Amputations, *Homen* ; tabes, *Raymond*, *Auscher*, *Déjerine*, 466 ; *Eichhorst*, 467. — Lésions du cœur, *Krehl*, *Preis*, 468. — Artérite, *Pekelharing*, *Romberg*, 469. — Cellules éosinophiles, *Mueller*, *Rieder* ; régénération des muscles, *Robert* ; suppuration, *Roger*, 470. — Leucocytose, *Joas*, *Lœwitt*, 471 ; *Nikiforoff*, *Gulland* ; infections, *Alessi*, *Pernice*, 472. — Inflammation, *Bardenheuer* ; division cellulaire, *Mul-*

ler, 473 ; *Hess*, *Martinotti*, 474. — Maladies infectieuses, *Faulhaber* ; néphrites, *Israel*, 475. — Tuberculose, *Chantemesse*, *Le Dantec*, *Mégnin*, *Mosny*, *Loomis*, 476. — Tumeurs du médiastin, *Letulle* ; myome du testicule, *Arnold* ; cancer, *Déan*, *Montané* ; mitoses, *Hansemann*, 477. — Cristaux de Charcot, *Westphal* ; pneumococcose, *Arnold* ; cornes utérines, *Duval*, 478. — Rage, *Schaffer*, 479. — Trichinose, *Lichtheim*, *Lewin* ; tumeur cranienne, *Thomson*, 480. — Pigment, *Lagrange* ; hermaphrodisme, *Debierre*, 481.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Embolie, *Arnold*, 481. — Régénération des reins, *Kümmell*, 482. — Épilepsie, *Ziehen*, 483. — Immunité, *Wolff* ; Spores de microbes, *Trapeznikoff*, 484. — Surmenage, *Charrin*, *Roger* ; prédisposition à l'infection, *Gaertner* ; infections, *Barbier*, 486. — Toxicité du sérum et des urines, *Charrin*, *Héricourt*, *Richet*, *Mairet*, *Bose*, *Tuffier*, 487. — Antipyrèse, *Richter*, 488. —

Septicémie, *Hahn*, 489. — Maladie pyocyanique, *Laborde*, *Charrin*, 489 ; *Morat*, *Doyon*, 490. — Tuberculose, *Gilbert*, *Cadiot*, *Roger*, *Parietti*, 490. — Psorospermose, *Delépine*, *Shattock*, *Ballance*, 491. — Bacille typhique, *Gasser*, *Janowski*, *Finkelburg*, 491 ; *Cas edebat*, 492 ; *Redtenbacher*, *Silvestrini*, 493 ; *Karlinski*, 494. — Influenza, *Kirchner*, *Fischel*,

494. — Charbon, *Roger, Pekelharing, Latis*, 495. — Gangrène, *Wicklein*; rage, *Perdrix*, 497. — Tétanos, *Renvers*, 498. — Maladie parasitaire, *Vailard, Du Cazal*, 499. — Erysipèle,

Roger; rouget, *Emmerich*, 500. — Choléra, *Kaupe, Petri*, 501. — Bactéries de l'urètre, *Petit, Wassermann*; éclampsie, *Favre*, 502.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Atropine, *Sabbatani, Fubini, Bonnani*, 503. — Thébaine, narcotine, *Stockmann, Dott*, 504. — Diurétine, *Geisler*, 504; *Schmieden, Koritschoner*, 505. — Quinine, *Gottlieb*, 505. — Pituri, *Langley, Dickinson*, 506. — Nicotine, *Wertheimer, Colas*; résorcine, *Menche*, 507. — Pipérazidine, *Schultze, Umflenbach*; orexine, *Matthes*, 508; Gèvre, 509. — Chloralamide, *Gordon, Mairet, Bosc*; thymol, *Blum*, 510. — Ichthyol, *Ressler*; microcidine, *Berlitz*, 511. — Phénocolle, *Hersel*; acide paracrésolique, *Charteris*, 512. — Nickel,

Mackendrick, Snodgrass; iode, *Leuch, Weintraub*, 513. — Antiseptique, *Evans*; acide crotonolique, *Hirscheydt*, 514. — Chloroforme, *Pohl*; poison des flèches, *Boinet, Hédon*, 515. — Empoisonnements : par l'antipyrine, *Combemale*, 515; par la cocaïne, *Schellenberg*; par l'hyoscine, *Adler*; par l'acide oxalique, *Sleman*, 516; par le mercure, *Binet*; par le chlore, *Treitel*; par le nitrobenzol, *Schröder, Strassmann*, 517; par le plomb, *Oliver*; par la viande, *Nielsen*, 518; par le salol, *Dérignac*, 519.

THERAPEUTIQUE.

Leçons, *Hayem*, 519. — Tuberculose, *Semmola, Héricourt, Kirmisson, Pinard, Vidal, Bertin, Picq, Bernheim, Gimbert, Burlureaux, Tapret*, 520; *Bondet*, 523; *Koritschoner, Flint*, 524; *Sommerbrodt, Sée, Forlanini, Germoniz, Tumas, Cornil*, 525; *Gavoy, Revillet*, 526. — Pleurésie, *Runeberg, Kœnig, Holmes*, 527; *Clément*,

528. — Couleurs d'aniline, *Moorhof, Masini, Dyer, Meyer, Le Dentu, Einhorn*, 529; *Galliard*, 530. — Naphtaline dans la fièvre typhoïde, *Wolff*; balnéation chlorurée, *Robin*; anthrax, *Colley*, 531. — Chylurie, *Laurie*; acide camphorique, *Bohland*, 532. — Salicine, *Haig*; constipation, *Flatau*, 533. — Injections veineuses, *Mayet*, 534.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Maladies du système nerveux, *Clarke, Schenthal, Ewald, Bernheim, Gee, Wherry*, 535; *Oppenheim*, 538; *Weissenberg*, 539; *Erlenmeyer*, 540; *Fried-*

mann, Lumbroso, 541; *Freund, Cohn, Stewart, Goodall*, 543; *Mendel, Nonne*, 545; *Dejerine*, 546; *Havage*, 547; *Brissaud, Donkin, Guinon, Souques*,

548; *Raymond, Bidon, Goodall*, 549; *Pitres*, 550; *Scheiber, Lœwenfeld*, 551; *Dutil*, 552; *Mackenzie*, 553. — Maladies de l'appareil circulatoire : *Perret, Lehrnbecher, Dehis, Bewley*, 554; *Martin-Durr, Festal, Mac Donnell*, 555. — Tuberculose, *Ransome, Preyss, Birch-Hirschfeld, Landouzy, Csokor, Schmorl, Schnirer, Cuffer, Sokolowski, Reinhold*, 556; *Grancher, Martin, Arloing, Babes, Hallopeau, Chauveau, Vignal, Hutinel, Schoull, Landouzy, Nocart*, 560. — Asthme, *Joal*, 563; *West*, 564. — Pneumonie, *Mya, Patella*, 565. — Influenza, *Johannsen*; maladies du foie, *Carreau, Girode, Meinert*, 568; *White, Arnold*, 570. — Maladies du rein, *Cuffer, Gastou, Bluhm, Senator*, 571; *Lorenz*,

572; *Csatary, Brunelle*, 573. — Maladies de l'estomac, *Herzen*, 573; *Korczynski, Jaworski*, 574. — Diabète, *Haberton, Schmitz*, 575; *Hirschfeld*, 576. — Goutte, *Pfeiffer*, 576. — Hérophilie, *Bowly*; maladie d'Addison, *Alezais, Arnaud, Roloff, Leva*, 577. — Leucémie, *Ord, Beatty, Barn*, 578; *Andrewes, White, Degle, Handford*, 579. — Anémie, *Maurel*, 581. — Paludisme, *Laveran, Golgi, Marino, Evans*, 582. — Diphtérie, *Morel, Wilson, Prudden*, 583; *Haushalter, Klein, Walch, Abbott*, 584; *Kalischer, Girode, Guthrie*, 586. — Choléra, *Gilbert, Girode*, 587. — Beriberi, *Grimm*, 588. — Rhumatisme, *Kahler, Rosenthal*; actinomycoze, *Bostroem*, 589.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Salpingites, *Bantock, Routier, Walter, Sutton, Dumont, Doran, Bouilly, Pozzi*, 591; *Haultain, Lassale*, 594. — Piolapsus, *Vaton*; hémorragies, *Czempin, Brøse*, 595. — Péritonite, *Delbet, Grandmaison*, 596. — Kystes ovariens, *Page, Tait*, 597; *Fieux, Audry*; fistule vaginale, *Félizet*, 598. — Massage, *Jentzer, Bourcart, Preuschen, Gønner*, 599. — Fibromes utérins, *Keith, Bouilly*, 601; *Richelot*, 602. — Castration, *Playfair*; endocardite puerpérale, *Luzet, Ettlinger*; septicémie, *Swiecicki*, 603. — Thrombose, *Collier*;

infection placentaire, *Birch-Hirschfeld*; ovaires dans la grossesse, *Thomson*, 604. — Bassin oblique, *Vaille, Budin*; néphrite gravidique, *Fehling*, 605. — Ovariectomie pendant la grossesse, *Engstrom*, 606. — Utérus gravide, *Acconci*; placenta bilobé, *Hermite*; ostéomalacie, *Kœppen*, 607. — Dystocie, *Zimmermann*, 608. — Torsion du cou, *Henry*; éclampsie, *Pilliet*, 609. — Forceps, *Nagel*; vessie pendant l'accouchement, *Vigouroux*, 610. — Myomes et grossesse, *Landau*, 611.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Traité, *Kaposi*, 611. — Urticaire, *Beatty*, 612. — Névrodermite, *Brocq*; impetigo, *Dufray*; mycosis, *Brocq, Matton*; lichen, *Torok*, 613. — Tylosis, *Crocker*; Acné, *Payne*, 614. — Prurigo, *Barjon*; alopecie, *Jardet*; trichorrexia, *Raymond*, 615. — Molluscum, *Martigny*; lupus, *Hallopeau, Jeanselme, Lespinne, Leloir*, 616. — Lèpre, *Kanthaek, Bar-*

clay; rhinosclérome, *Vidal, Besnier, Jacquet, Netter*, 617. — Eruptions médicamenteuses, *Grimaud, Morel-Lavallée*, 618; *Litten*, 619. — Psoriasis, *Mapother*; savons, *Carblom*; liniments, *Pick*, 620. — Ulcères, *Thiele, de Amicis*, 621. — Hérité syphilitique, *Fournier*, 621. — Prophylaxie de la syphilis, *Duvernety Fournier*;

réinfection, *de Molines, Petit*, 623; *Taylor, Hudelo*, 624. — Encéphalite, *Lancereaux*, 625. — Paralyse générale, *Bonnet*; érythème, *Brauman*; lésions de l'œil, *Germon*; lésions des

poils, *Anderson*, 626. — Epididymite, *Cuilleret*; chancres, *Du Castel*, 627. — Blennorrhagie, *Raynaud, Jouis, do Amaral*, 628.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Poids des aliénés, *Fuerstner*; sang des aliénés, *Smith*, 629. — Augmentation des aliénés, *Strahan*; lésions du crâne, *Bullen*, 630. — Anomalies du palais, *Charon*; aliénation chez les détenus, *Kuehn*, 631. — Folie érotique, *Hospital*; folie du doute, *Ladame*; folie gémellaire, *Ostermayer*, 632. — Paranoïa, *Rosenbach*; alcoolisme, *Afanassiew, Kahlden*, 633; *Thomsen*, 634; *Aufrecht*, 635. — Délire de per-

sécution, *Dagonet*; paralysie générale, *Meschede, Kiraval, Targoula*, 636; *Pick, Schuetz, Camuset, Marie*, 637; *Buchholz*; psychose, *Hoche*; névrose traumatique, *Kriege*, 638; *Schultze*, 639; *Hoffmann*, 640. — Psychoses, *Kjelberg*, 640; *Haltervorden*, 641. — Épilepsie, *Féré, Christian*, 641; *Smith, Donath*, 642. — Crétinisme, *Giacomini, Dolga, Jones*, 643.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Lésions du crâne, *Taylor, Delbet, Magron, Creagh, Lane, Caselli, Péan, Anderson, Buchanan, Oppenheim, Kœhler, Paget, Southam*, 644; *Ransonoff*, 647. — Lésions du rachis, *Watson, Lowett, Myers, Heimann, Knox, Bird, Meadows, Lane, Jones*, 648. — Plaie de la moelle, *Borntrøger*, 649. — Tumeurs des nerfs, *Audry, Lacroix, Herczel, Kummer, Christiani, Peret-Gilbert*, 651. — Torticolis, *Bird, Smith, Keen*, 652. — Goitre, *Lemke*, 653. — Anévrisme, *Brousses, Montaz*, 654. — Tuberculose, *Lannelongue, Coudray*, 655; *Redard*, 656. — Suppuration, *Verneuil*, 656. — Lésions des os et des articulations, *Péan, Cornil, Sabrazès, Heflerich*, 658; *Riedel*, 659; *Calligari, Rose*, 660; *Duplay, Cazin, d'Herlinville*, 661; *Poirier, Rieffel, Pollard, Rose*, 662; *Macon, Kirmisson*, 663. — Parotidite, *Galand, Deichmueller*, 664. — Lésions

de l'appareil gastro-intestinal, *Neveu, Attimont*, 664; *Furnes, Whitehead, Newmann, Koehler, White, Lane, Brown, Clarke*, 665; *Terrier, Robson*, 668; *Morin*, 670; *Ferguson, Teale, Hume, Napier, Maylard, Allingham, Sutton, Clarke, Fraenkel*, 671; *Lesshofft, Dayot*, 675; *Kundrat*, 676; *Hern, Loekwood, Lane, Bergmann*, 677; *Kœnig, Thiriar, Ricard*, 678; *Desguin, Iversen*, 679. — Maladies des voies urinaires, *Israel, Lucas, Godlee, Turner, Senator, Brown, Le Dentu*, 680; *Obalinski*, 681; *Leguen*, 684; *Schneller, Thomas, Loumeau, Israel*, 685; *Austin*, 686; *Rørig, Guiard, Codivilla*, 687; *Lombardi, Braquehay, Azéma, Albarran, Lluvia*, 688; *Allingham, Reverdin*, 689; *Chevalier, Raynaud, Colombe*, 690; *Félizet, Baseil*, 691; *Humbert*, 692. — Ablation de la langue, *Whitehead*, 692.

OPHTALMOLOGIE.

Vision, *Treitel*, 692. — Daltonisme, *Hering*, 693. — Myopie, *Batten*; hémianopsie, *Noyes*; strabisme, *Schueler*, 694; *Scheffels*, 695. — Hypermétropie, *Randall*; scotome, *Haab*, 696.

— Trachome, *Chibret*, *Hippel*, *Heisrath*, 697; *Noiszewski*, 698. — Ptosis, *Proskauer*, 698. — Fistule lacrymale, *Terson*, *Chibret*; plaie de la sclérotique, *Puech*, 699.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Amygdales, *Kafeman*; angine, *Rendu*, *Boulloche*, *Hanot*, 700. — Cancer pharyngé, *Laquer*, 701. — Spasme pharyngé, *Bouveret*, 702. — Polypes du nez, *Kurz*, *Rethi*; déviations de la cloison, *Cartaz*, 703. — Tuberculose nasale, *Delépine*, *Whipham*; empyème du sinus, *Jeanty*, 704; *Bloch*, *Ziem*, *Vohsen*, *Srebrny*, *Guillemain*, *Panas*,

705. — Paralysies du larynx, *Cartaz*, 706; *Exner*, *Major*, 707; *Fraenkel*, 708. — Tubage du larynx, *Massci*, 708. — Arthrite laryngée, *Lacoarret*; chondrite laryngée, *Toti*, 709. — Cancer du larynx, *Moure*; corps étrangers, *Ravenel*; vertige de Ménière, *Peugniez*, *Fournier*, 710. — Otite, *Moos*, 711.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Sylvi'sche Furche und Reil'sche Insel des Genus Hylobates (Scissure de Sylvius et insula de Reil du genre Hylobates), par WALDEYER (*Sitz. der königl. pr. Akad. d. Wiss. zu Berlin.*, 1891).

La scissure de Sylvius commence à la base du cerveau par une petite *vallecula* triangulaire, qui a pour fond la substance perforée antérieure. La vallecula se rétrécit et devient moins profonde pour se continuer avec la fosse de Sylvius ; la limite entre les deux est fournie par une sorte de *limen insulæ*. La scissure se compose d'une branche postérieure brièvement bifurquée à son extrémité et d'une branche antérieure à direction horizontale. La présence de cette branche antérieure de la scissure détermine l'existence de la troisième circonvolution frontale ; celle-ci, largement insérée en arrière sur la circonvolution prérolandique, se recourbe sur la branche antérieure de la scissure de Sylvius et se termine en s'effilant sur la face orbitaire du lobe frontal. Elle est limitée là, en avant, par le sillon orbito-frontal, qui, par son développement et par sa prolongation à la face externe de l'hémisphère, est caractéristique des anthropoïdes.

L'insula, comprise entre les lèvres de la fosse de Sylvius, est parcourue d'avant en arrière sur une certaine étendue par un sillon qui n'est autre que le prolongement du sillon qui fait communiquer la vallecula avec la fosse sylvienne ; l'insula figure ainsi un pli courbe, incurvé autour du sillon en question. L'insula a d'ailleurs, dans son ensemble, la forme d'une saillie triangulaire, dont l'une des extrémités, ou pôle initial, est large ; l'autre, ou pôle terminal, correspondant à l'extrémité de la scissure de Sylvius, étant étroite. Le « sillon central » qui la parcourt peut être considéré comme résultant de la pénétration de la scissure de Sylvius sur une certaine profondeur dans l'épaisseur

de la substance nerveuse ; il est homologue au sillon central de l'insula chez l'homme. On peut distinguer, comme chez l'homme, deux régions dans l'insula : l'une, supérieure et antérieure, ou partie frontale ; l'autre, inférieure et postérieure, partie temporo-pariétale de l'insula ; celle-là continue avec la troisième frontale, celle-ci avec la première temporale ; elles sont séparées par une arête longitudinale ; cette arête est elle-même creusée suivant sa longueur par le sillon central de l'insula ; la région temporo-pariétale et la région frontale peuvent elles-mêmes être subdivisées par des sillons accessoires.

A. PRENANT.

Ueber den Nachweis des Mucins... (Sur la démonstration de la mucine dans les tissus par la méthode de coloration), par HOYER (*Arch. für mikr. Anat., Band XXXVI, Heft 2, 1890*).

Parmi les matières colorantes les plus propres à caractériser la mucine dans les tissus, il faut citer l'hématoxyline, le bleu de méthyle, la safranine et une substance nouvelle sans emploi industriel, la thionine. Ces diverses substances produisent une coloration métachromatique de la mucine, c'est-à-dire qu'elles donnent d'abord une coloration banale des tissus, puis une coloration spécifique de la mucine : ainsi la safranine teint les cellules ordinaires et en particulier leurs noyaux en rose, les cellules muqueuses en jaune orangé. Ce sont là des réactifs non seulement indicateurs, mais encore quantitatifs de la mucine.

C'est à l'aide de ces moyens d'évaluation quantitative que l'on peut constater les variations dans l'abondance de mucine produite suivant les organes, dont les uns fournissent une sécrétion aqueuse, pauvre en mucine, les autres un produit visqueux, riche en mucine au contraire. Chez les mammifères ce sont les glandes buccales et pharyngiennes qui sont le plus riches en mucus ; les glandes salivaires sublinguale et sous-maxillaire du chien et du chat produisent moins de mucine que l'orbitaire du chien ; les cellules caliciformes sont plus abondantes et mieux remplies dans les cryptes du rectum que dans celles du colon. Dans cette appréciation de la capacité mucipare d'un organe, il faut d'ailleurs tenir compte des erreurs pouvant provenir des variations périodiques qui se font dans l'état sécrétoire des organes et de celles qui sont dues à l'état de l'animal même.

Hoyer étudie un certain nombre d'organes producteurs de mucine : le pied de l'escargot, les cellules caliciformes, les glandes muqueuses ordinaires et les glandes muqueuses salivaires, l'oviducte de la grenouille et du crapaud.

De tous les organes examinés, c'est le pied de l'escargot qui est le plus riche en mucine. Les utricules glandulaires bien connues sont dépourvues de membrane glandulaire, de sorte que la mucine paraît un simple espace connectif interstitiel dilaté, dans lequel cependant on reconnaît des noyaux disséminés. Au-dessous de l'épithélium, dans le tissu conjonctif, existent des amas sacciformes de belles cellules granuleuses, semblables aux cellules-engrais, et se colorant par les réactifs de la mucine. Ces faits parlent en faveur de l'origine conjonctive des cellules mucipares.

Tandis que le nombre des cellules caliciformes dans certains organes comme la peau des poissons est à peu près constant, il est soumis chez

les autres aux plus grandes oscillations. Dans l'intestin et l'appareil respiratoire des mammifères, on trouvera, par exemple, pour tel individu un développement très considérable de cellules, tandis qu'on n'en rencontrera que des traces chez un autre individu. Si l'intestin grêle est vide, il y a des quantités de cellules caliciformes colorées d'une façon intense par la thionine; mais s'il renferme beaucoup de liquide, le nombre et la coloration des cellules seront très diminués. L'abondance et le développement des cellules caliciformes du gros intestin sont soumis à des variations moindres que dans l'intestin grêle; c'est surtout vrai pour ces régions où le contenu intestinal commence à se concréter en masses dures. Chez les animaux où le contenu du gros intestin ne s'agglomère pas ainsi (pigeon, lézard, amphibiens), la distribution des cellules caliciformes est la même que dans l'intestin grêle. Les cellules caliciformes dans certaines régions ne semblent pas former de mucine, ou ne paraissent fournir qu'un produit de transformation de la mucine, lequel ne se colore pas : telles sont les cellules de la muqueuse pharyngienne de la grenouille, qui sont cependant un objet classique de recherches; telles sont aussi les cellules de la surface libre de la muqueuse stomacale dont le mucus a peut-être été transformé par le suc acide de l'estomac. Le contenu de la thèque cellulaire, de même que le produit excrété, présente sur les coupes l'aspect d'un réseau très serré et très coloré avec mailles faiblement colorées ou incolores; ce n'est là d'ailleurs qu'un aspect artificiel. En réalité, la sécrétion est composée de sphérules, mais celles-ci ne peuvent plus être distinguées sur les coupes et ne sont visibles qu'à l'état frais. La sécrétion s'amasse dans un espace vacuaire de l'extrémité libre de la cellule, et forme là soit une petite sphérule (lézards, amphibiens), soit une masse considérable qui refoule une partie du protoplasma avec le noyau dans l'extrémité périphérique de la cellule (animaux à sang chaud). La sécrétion rejetée, la cellule se ratatine et devient une « cellule grêle, » c'est-à-dire un élément fortement colorable. Il semble que de la mucine puisse également se former dans des cellules cylindriques ordinaires, mucine qui infiltre d'abord d'une façon diffuse le plasma, et qui ensuite s'accumule dans une grande vacuole, ensuite de quoi la cellule est transformée en une cellule caliciforme. Cependant on ne peut admettre d'une façon absolue l'origine des cellules caliciformes par une métamorphose muqueuse des cellules épithéliales ordinaires.

Dans les glandes muqueuses vraies (base de la langue, voile du palais, pharynx), certaines utricules glandulaires se colorent, d'autres pas ou presque pas, par la thionine; leur richesse en mucine est donc très variable. Les glandes salivaires, en particulier la sous-maxillaire du chien et du chat, l'orbitaire du chien, sont semblables aux glandes muqueuses vraies pauvres en mucine; elles sécrètent non pas de la mucine pure mais un produit mixte, qui, comme cela résulte des expériences de Heidenhain, est plus ou moins riche en mucine aux diverses phases de la sécrétion. Les sous-maxillaire et sublinguale de l'homme, la sublinguale du chien et du chat sont des glandes mixtes, c'est-à-dire renfermant dans des utricules séreuses un certain nombre d'éléments muqueux. Bien plus, dans les glandes séreuses vraies (parotide du chien, glandes linguales de v. Ebner) on peut trouver des cellules muqueuses. Dans l'orbitaire du

chien, dans la sublinguale du chien et du chat, l'apparence de cellules marginales ou périphériques est due à ce que la partie centrale des cellules mucipares subit seule la transformation muqueuse, tandis que la partie périphérique nucléée conserve l'aspect d'une cellule séreuse. Hoyer étudie aussi les glandes des voies respiratoires. Relativement à l'origine des cellules muqueuses dans les glandes, il ne pense pas qu'elles proviennent de cellules formatives spéciales, mais que ce sont les jeunes cellules épithéliales non encore différenciées qui les fournissent. Les cellules glandulaires muqueuses ne peuvent plus, dans les glandes muqueuses vraies, retourner à l'état primitif, tandis que la faculté de retour est conservée dans les glandes sous-maxillaire et sublinguale du chien et du chat, dont les cellules muqueuses, après élimination du mucus, peuvent retrouver l'état protoplasmatique et devenir alors à peine distinctes des cellules marginales. Contrairement à Heidenhain et Lavdowsky, les cellules muqueuses ne tombent pas, pour être remplacées par les cellules marginales; mais celles-ci conservent leur situation, tout en se rapprochant de la lumière du tube pour se transformer sans doute, mais lentement, en cellules muqueuses. Le contenu des cellules muqueuses de l'oviducte se présente sur les coupes sous forme d'un réseau; à l'état frais il est granuleux et se compose de sphérules renfermant un granule très brillant; ces sphérules sont non de la mucine, mais du mucigène. Barfurth a fait des constatations analogues sur les glandes salivaires de l'Hélix.

Après l'examen des organes mucipares, Hoyer attire l'attention sur la coloration pareille à celle du mucus que prend la substance fondamentale du cartilage et la substance gélatineuse du cordon. Mais les formations les plus semblables à la mucine sont les grains des cellules-engrais d'Ehrlich que Raudnitz a considérées d'ailleurs comme des éléments muqueux dégénérés: la coloration est identique; la différence d'aspect n'est pas absolue, puisque le produit muqueux à l'état frais se présente sous la forme de grains; les réactions et en particulier l'action de l'acide acétique sont les mêmes sur l'un et sur l'autre produit; entre la mucine et les grains des cellules-engrais, il n'y a que des différences de degré et non de nature.

En terminant, l'auteur développe cette hypothèse, que la sécrétion muqueuse définitive consiste non en mucine pure, mais en un mélange de matières différentes quoique voisines; c'est ce que montrent les analyses chimiques faites sur le mucus du pied de l'escargot. On peut difficilement admettre, en effet, que les produits des glandes muqueuses vraies, des diverses glandes salivaires, des cellules caliciformes, sont complètement identiques; il est plus probable qu'ils se composent de différentes substances, parmi lesquelles la mucine est en proportion variable. Microscopiquement, les sphérules de mucine qui sortent des cellules glandulaires et caliciformes ne sont pas homogènes, mais formées d'une substance différemment colorable à la périphérie et au centre, d'où résulte la structure réticulée apparente qu'affecte le produit de sécrétion. La mucine n'est donc pas une formation simple, mais elle est la combinaison de deux substances, une plus abondante, gélatineuse et gélifiable, et une autre moins abondante, qui s'unit avec les substances colorantes basiques peut-être en fonctionnant comme acide, et qui décèle ainsi la

présence de la mucine; cette partie colorable de la mucine se présente sous forme de grains ou même de cristaux dans les cellules-engrais.

A. PRENANT.

Beiträge zur Kenntniss der vitalen Methylenblaufärbung des Nervengewebes (Contributions à la connaissance de la coloration du tissu nerveux vivant par le bleu de méthyle), par FEIST (*Arch. für Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft 1 et 2, 1890*).

Le manuel opératoire consiste dans l'injection de 3 à 4 centimètres cubes d'une solution concentrée de bleu de méthyle dans la solution salée physiologique; l'injection se fait par le sac lymphatique dorsal. Une ou deux heures après, le plexus lombaire est mis à nu et les nerfs examinés. La couleur est fixée par l'iodo-iodure de K, ou mieux par le picrocarminate de Hoyer dilué, et les préparations montées dans la glycérine. Etudiant les conditions de la coloration, l'auteur a fait des expériences qui montrent que la richesse du milieu en oxygène ne suffit pas pour qu'il y ait coloration, mais que les nerfs doivent aussi avoir subi des modifications chimiques et physiques qui sont d'ordre cadavérique.

Les troncs nerveux du plexus lombaire de la grenouille, dissociés après coloration, se comportent très différemment. Certaines fibres ne se colorent pas; dans d'autres le cylindre-axe prend une coloration diffuse, tandis que la myéline demeure incolore; ailleurs le cylindre-axe, coloré dans sa totalité, l'est surtout suivant une bande axiale, souvent flexueuse ou variqueuse, qui a environ le quart ou le tiers du diamètre total du cylindre-axe; ce ruban peut être appelé « filament central », le reste du cylindre-axe étant nommé « cylindre-axe périphérique »; enfin, dans d'autres cas encore, le filament central est seul coloré, le cylindre-axe périphérique restant incolore. L'action du picrocarmin de Hoyer sur les nerfs soumis à la coloration bleue donne les résultats suivants: les fibres non colorées se colorent uniformément en jaune; celles avec filament central bleu et avec cylindre-axe périphérique incolore conservent la coloration bleue du filament central et prennent une teinte jaune pour le cylindre-axe périphérique; sur les fibres bleuies d'une façon diffuse sans différenciation du filament central, le traitement par le picrocarmin fait apparaître un filament central bleu continu; en somme, le picrocarmin détruit la coloration pâle dans toutes les parties des fibres, fixe celle des filaments centraux teintés d'une façon intense, fait disparaître la coloration bleue du cylindre-axe périphérique. Prolongée, l'action du picrocarmin fait disparaître la coloration bleue, que remplace une teinte rouge partout où d'abord il ne s'était pas produit de coloration jaune, c'est-à-dire sur le filament central ou bien le cylindre-axe tout entier, mais jamais sur le cylindre-axe périphérique seul. Le filament central se montre alors nettement fibrillaire; le cylindre-axe périphérique n'est autre que la substance interfibrillaire repoussée à la périphérie par le tassement des fibrilles en un filament central. Les différences de coloration observées à la suite de l'action du bleu de méthyle et du picrocarmin ne sont pas dues à des différences dans l'état fonctionnel de la fibre nerveuse, mais à des degrés plus ou moins avancés d'altération cadavérique.

Ainsi la méthode de coloration par le bleu de méthyle nous met en

évidence deux dispositions importantes déjà connues : la composition fibrillaire du cylindre-axe, la différenciation de ce cylindre-axe en filament central et substance périphérique. Complétée par la coloration au picrocarmin, elle permet de constater encore d'autres détails de structure. Au niveau de l'étranglement de Ranvier, le filament central passe seul, appliqué contre la gaine de myéline. L'addition de picrocarmin fait apparaître à cet endroit une croix latine colorée en rouge-noir ; le reste du filament central ne se colore que plus tard et plus faiblement. L'intensité de coloration du filament central au niveau de la branche longitudinale de la croix tient à ce que les fibrilles nerveuses, qui sont la partie colorable du cylindre-axe, sont ici serrées plus que partout ailleurs. Quant à la branche transversale de la croix (renflement biconique), elle est de nature différente de celle du cylindre-axe, ce que montre l'impossibilité où l'on est de la colorer par le bleu de méthyle seul ; c'est un disque circulaire transversal, traversé en son milieu par les fibrilles du cylindre-axe pressées les unes contre les autres. Ces données sont suivies d'indications bibliographiques très détaillées.

Passant ensuite à l'étude des *fibres nerveuses sans myéline*, il examine d'abord les filaments du nerf olfactif ; les fibres sont bleuies d'une façon diffuse, sans autre différenciation interne que celle des noyaux ; l'addition de picrocarmin met en évidence des fibrilles qui apparaissent par suite de la décoloration de la substance interfibrillaire ; le nombre des fibrilles est très variable et peut tomber à trois ou quatre, les autres fibrilles paraissant s'être désagrégées en des granules dont la fibre est semée. Étudiant ensuite les fibres du sympathique de la grenouille et du cobaye, il trouve qu'elles se colorent d'une façon diffuse, que le picrocarmin y révèle l'existence de fibrilles flexueuses, de calibre régulier ou bien présentant des nodosités qui donnent à la fibre un aspect variqueux. L'auteur compare ses résultats à ceux de Boveri.

Il existe dans les troncs nerveux de la grenouille des fibres que l'on peut appeler *fibres à collier de perles*. Ce qui caractérise ces fibres, d'une finesse extrême, sans divisions ni anastomoses, c'est qu'elles sont variqueuses, présentant soit de nombreux petits nodules punctiformes, soit de nombreux petits renflements fusiformes réunis les uns au bout des autres par un filament unissant qui traverse ou non les renflements fusiformes. Il y a encore une autre sorte de fibres à collier de perles, rare dans les nerfs périphériques, mais fréquente dans le sympathique, et qui se distingue par la grosseur des fuseaux placés sur le trajet de la fibre. Quant à l'interprétation qui convient aux fibres à collier, l'auteur examine la question de savoir si ce ne sont pas là des fibres à myéline déformées, et rejette cette hypothèse ; il se refuse également à en faire des produits de déformation des fibres sans myéline ; alors ce ne peuvent être que soit des fibres conjonctives, soit des fibres nerveuses variqueuses. La dernière manière de voir est seule acceptable, si l'on considère la fibre à collier comme formée d'une fibrille cylindre-axe entourée d'une gaine protoplasmique très délicate qui, sous l'influence du bleu de méthyle, peut se fragmenter en nodules ou en fuseaux. D'ailleurs, l'existence de fibres artificiellement, ou naturellement, variqueuses est un fait reconnu.

Parmi les plus remarquables résultats fournis par la méthode de colo-

ration au bleu de méthyle, il faut citer les figures décrites par Ehrlich et retrouvées par Aronson et Arnstein à la surface des *cellules ganglionnaires sympathiques* de la grenouille, et peut-être identiques à celles aperçues jadis par Arnold. La fibre spirale aborde la cellule sympathique au niveau d'une masse grenue teintée en bleu qui remplit l'un des pôles de la cellule; elle se divise et se ramifie en un réseau superficiel à travées variqueuses. Feist passe en revue les principales opinions qui ont été émises au sujet des relations existant entre les cellules ganglionnaires et les prolongements nerveux de ces cellules, et conclut que tous les auteurs admettent l'origine des prolongements nerveux aux dépens de la substance cellulaire même. Ce que montrent certainement les préparations au bleu de méthyle, c'est que la fibre spirale est en continuité directe avec le réseau superficiel bleu de la cellule nerveuse, différent de la substance cellulaire.

Enfin, relativement à la nature de la fibre spirale et de la fibre rectiligne des cellules ganglionnaires, on peut penser, grâce à la constatation faite par Schwalbe et par l'auteur de la ramification de la fibre rectiligne, que la cellule ganglionnaire bipolaire de la grenouille revient au schéma de la cellule multipolaire des centres nerveux des mammifères, et que la fibre rectiligne équivaut aux prolongements protoplasmiques; il n'y a que cette différence, que dans la cellule bipolaire les prolongements protoplasmiques émanent d'un pédoncule commun, tandis qu'ils naissent isolément dans la cellule multipolaire; la réaction du bleu de méthyle vient encore autoriser ces rapprochements.

Enfin, l'auteur rend compte de divers phénomènes qu'il a observés sur les *globules rouges de la grenouille* à la suite de l'injection de bleu de méthyle, ainsi que de quelques autres résultats observés sur divers éléments cellulaires.

A. PRENANT.

Zur Anatomie der Vorderseitenstrangreste (Sur l'anatomie des cordons antérolatéraux), par L. AUERBACH (*Archiv. f. path. Anat. u. Physiol.*, Band CXXI, Heft 2).

Auerbach a cherché à connaître le trajet du faisceau fondamental des cordons antérolatéraux. A cet effet, il a enlevé, sur des chats âgés de 3 à 5 mois, non seulement la corne postérieure, mais encore la plus grande partie du cordon latéral. En sacrifiant les animaux 12 à 14 jours après l'opération, il a vu que les animaux présentaient une dégénération ascendante aussi bien dans la région dorsale que dans la moelle lombaire. Une partie des fibres dégénérées provenaient de la commissure antérieure. En montant vers la moelle cervicale, le faisceau dégénéré s'effile de telle façon qu'au niveau de l'entrecroisement des pyramides il n'y a plus que peu de fibres atteintes de dégénération. Les faisceaux fondamentaux du cordon antérolatéral, sont intacts au niveau de l'origine apparente des racines supérieures du nerf hypoglosse. Par conséquent, ils renferment des fibres qui relient entre eux les divers segments de la moelle épinière et ceux-ci à la partie inférieure du bulbe.

ED. RETTERER.

Ueber den feineren Bau... (Sur la structure intime des muscles striés des Arthropodes), par BUETSCHLI et SCHEWIAKOFF (*Biolog. Centralblatt*, Band XI, n° 2, 1891).

Chaque cellule musculaire d'arthropode (fibre musculaire ou faisceau de fibrilles primitives) se compose de deux espèces différentes de protoplasma : 1° une *substance contractile* ou *fibrillaire*, qui forme les *éléments contractiles* ; 2° du protoplasme ordinaire, *sarcoglie*, *sarcoplasme* ou *substance intermédiaire* des auteurs. Les éléments contractiles sont des colonnettes ou des lamelles allongées dans le sens longitudinal ; leur coupe transversale varie de la forme arrondie à la forme rubanée. Le sarcoplasme entoure de toutes parts les éléments contractiles qui y sont enfouis ; il a une structure nettement alvéolaire, et le plus souvent paraît irrégulièrement distribué entre les éléments contractiles. Dans le sarcoplasme sont contenus, outre les éléments contractiles, les noyaux de la cellule. La couche extérieure du sarcoplasme, qui forme la surface de la cellule, constitue la « couche alvéolaire » de Bütschli, dont la structure diffère de celle du reste du protoplasme, parce que les alvéoles y sont dirigés perpendiculairement à la surface de la cellule ; la lamelle extérieure des alvéoles de la couche alvéolaire est plus réfringente et plus colorable et forme la « pellicule », laquelle correspond au sarcolemme. Dans les muscles des ailes des insectes sont enfouis, outre les éléments précédents, les « grains interstitiels » de Kölliker. Les éléments contractiles ont eux-mêmes une structure alvéolaire, et les alvéoles dont ils se composent, allongés dans le sens longitudinal, arrondis ou elliptiques sur la coupe, sont eux-mêmes subdivisés par un réseau à mailles très fines. Ce qui caractérise les cellules musculaires striées, ce qui les distingue des cellules lisses qui présentent les dispositions indiquées jusqu'ici, c'est la différenciation longitudinale que montrent les éléments contractiles ; ils se composent en effet de parties différentes se succédant alternativement dans le sens longitudinal : les unes sont longues, mates, très colorables (disques anisotropes) ; les autres, courtes, brillantes, peu colorables (disques isotropes). Ces deux sortes de parties constituantes sont formées de deux rangées transversales de mailles allongées dans le sens de la longueur ; la succession des deux parties inégalement colorables et réfringentes produit la striation transversale.

La comparaison des résultats précédents avec ceux des auteurs plus anciens peut être ainsi faite : Le disque principal (disque Q) (Rollett) répond aux deux rangées transversales d'alvéoles de la partie anisotrope ; quant à la strie de Hensen (*h*), elle séparerait peut-être les deux rangées transversales l'une de l'autre ; les deux disques isotropes E correspondent aux rangées transversales d'alvéoles de la partie isotrope ; le disque intermédiaire ou *z* est la ligne séparatrice des deux rangées transversales de la partie isotrope ; chacun des deux disques accessoires (N) est la ligne de séparation entre les parties isotrope et anisotrope qui se suivent.

A. PRENANT.

Die Entwicklung von Petromyzon Planeri (Développement du Petromyzon Planeri), par KUPFFER (*Arch. für mikr. Anat.*, Band XXXV, Heft 4).

L'œuf est formé de deux plasmas distincts : le plasma hyalin, dit

plasma polaire, en raison de sa situation ; le plasma vitellin. Le premier, dépourvu de matériaux vitellins, est seul actif dans les phénomènes de fécondation et de division de l'œuf. L'auteur rappelle que ce fait est en harmonie avec la distinction qu'il a établie autrefois entre un protoplasma proprement dit et un paraplasma. Le plasma sans vitellus ou hyalin, ou protoplasma proprement dit, a une situation périnucléaire ; c'est en lui que paraissent les sphères attractives, les fils du fuseau ; c'est donc lui qui commande la division cellulaire ; il préside au mouvement vital. Le plasma vitellin ou paraplasma est le siège de l'apparition des vacuoles dans les cellules de la corde, des fibrilles striées dans les myocytes, des fibrilles nerveuses dans les cellules nerveuses ; il est donc l'agent des différenciations cellulaires ; il régit la plasticité des cellules de nos tissus.

Le premier sillon de segmentation se produit de la façon suivante. On voit s'élever dans la région polaire deux saillies coniques qui contiennent une masse sphérique hyaline. Puis les saillies s'affaissent et la substance hyaline s'enfonce dans le plasma vitellin. Entre les deux saillies paraît alors le premier sillon de segmentation, qui partage l'œuf en deux blastomères. Puis les deux blastomères séparés s'accolent, le premier sillon disparaît presque complètement et l'œuf redevient sphérique. Les mêmes phénomènes accompagnent la formation du deuxième sillon. Le troisième sillon est équatorial. A partir de ce moment il n'y a plus aucun ordre régulier dans la direction des sillons successifs. Les directions fondamentales (méridienne et équatoriale) des sillons de segmentation sont remplacées par des orientations intermédiaires, tangentielles, c'est-à-dire dans lesquelles l'axe du fuseau est dirigé perpendiculairement à un plan tangentiel, dans le sens du rayon de l'œuf par conséquent.

Kupffer distingue, dans le développement du *Petromyzon*, cinq périodes.

1^{re} période. — Formation du blastoderme et gastrulation. — Le blastoderme se forme grâce à une transformation épithéliale des cellules superficielles de la morula, et non pas par enveloppement. La formation du blastoderme débute en une région qui sera le dos de l'animal. Avant que le blastoderme soit complètement constitué, paraît le blastopore ; le stade de blastulation est ainsi raccourci jusqu'à coïncider avec le début de la gastrulation. Le blastopore appartient à l'hémisphère inférieur de l'œuf. La lèvre dorsale du blastopore ne tarde pas à se soulever en une saillie. Sous l'effort de l'invagination qui donne naissance à la cavité de la gastrula, la cavité de segmentation se déplace et s'efface. Les cellules qui limitent l'invagination sont des cellules entodermiques ; elles sont cubiques pour la paroi ventrale, cylindriques pour la paroi dorsale de la cavité gastruléenne. La saillie que forme la lèvre dorsale du blastopore est remplie par une masse de petites cellules à laquelle Kupffer donne le nom de *tefoblaste*.

Formation des organes axiaux. — La face dorsale du corps s'aplatit suivant une bande longitudinale et médiane, puis se creuse en gouttière. A ce même niveau, il se fait un épaississement de l'exoderme qui s'enfonce dans l'épaisseur du corps, et qui se compose de paires de cellules transversalement et très symétriquement rangées. Par son som-

met, cet épaississement entre bientôt en connexion avec l'entoderme qui revêt la face dorsale de l'intestin. Il résulte de là un cordon ecto-entodermique, que Kupffer, déjà auparavant, avait appelé la carène. Ce cordon se comporte différemment quant à sa destinée ultérieure en avant et en arrière. En arrière il donne, par sa portion ectodermique, l'ébauche de l'axe nerveux; par sa partie entodermique, celle de la corde. En avant il fournit en outre, par sa partie ectodermique la plus dorsale, l'ébauche des paires de ganglions nerveux. C'est à tort que l'on pourrait croire que le développement de l'axe nerveux et celui de la corde se font par délamination, par épaississement, comme on l'a pensé jusqu'alors. En réalité, il s'agit ici d'un véritable plissement, tout comme chez l'*Amphioxus*, avec cette différence que les lames du pli sont adossées au lieu d'être distantes l'une de l'autre.

Le *téloblaste* a certainement pour origine les cellules mêmes de la lèvres dorsale du blastopore. Il fournit aux organes axiaux les éléments de leur accroissement. Il ne forme pas en propre le mésoderme (qui d'ailleurs ne débute pas au voisinage du blastopore), mais contribue seulement à l'accroître. Le *téloblaste* répond au bourgeon caudal des poissons osseux, au croissant des oiseaux, reptiles et amphibiens. Il est toutefois prestomal (situé au-devant du blastopore), tandis que le croissant (situé en arrière) est rétrostomal.

2^e période. — Le blastopore devient l'anus définitif. Celui-ci conduit dans un intestin postérieur infundibuliforme, qui se prolonge par un intestin moyen étroit, continué à son tour par un intestin antérieur spacieux. Ce dernier a trois prolongements : un antérieur, qui est l'ébauche de l'intestin branchial; un ventral, rudiment du foie; un dorsal, enclavé entre l'extrémité antérieure de la corde et l'épiderme, la « poche endodermique antérieure ». A cette époque, l'embryon se compose d'une masse sphérique, le tronc, et d'une partie vermiforme libre, la tête.

Le cordon nerveux est plein, mais bientôt à son extrémité antérieure présente une faible lumière, en même temps qu'il se forme une « plaque basale » et une « plaque recouvrante » du cerveau, sur le plancher et sur le toit de la cavité cérébrale. Les coupes sagittales passant en dehors du plan médian montrent la segmentation du cordon nerveux en « neuromères », correspondant exactement aux myomères; cette métamérisation est éphémère et disparaît au bout de vingt-quatre heures.

La corde, sauf à ses deux extrémités, est formée de cellules discoïdes empilées en une seule colonne. Ces cellules consistent en un large anneau de paraplasma vitellin et une région centrale protoplasmique renfermant un ou plusieurs noyaux.

L'intestin antérieur est limité par une assise de cellules épithéliales régulières. L'intestin moyen étroit est bordé par une paroi irrégulière qui, du côté ventral et latéralement, est formée de cellules variables de taille et de forme enclavées entre les cellules vitellines voisines. En rapport avec cette constitution différente de l'intestin, le mode de formation du mésoderme n'est pas le même dans la tête et dans le tronc. Là où l'intestin est limité par des cellules épithéliales, régulières, sans réserves vitellines, il forme, par une véritable entérocoelie, des replis dorsaux mésodermiques qui s'isolent ultérieurement. Là au contraire où les cellules vitellines encombrement et rétrécissent la lumière intestinale, il se

fait une schizocœlie consistant en ce que les saillies massives de réserves vitellines situées de chaque côté des organes axiaux se fissent et gagnent une fente cœlomique, en se transformant d'autre part en méso-derme. Ce sont là deux modifications d'un seul et même processus.

A. PRENANT.

Etude physiologique des premiers stades du développement du cœur embryonnaire du poulet, par G. FANO et F. BADANO (*Archives italiennes de Biologie* XIII, p. 387, 1890).

La résistance du cœur aux actions traumatiques et à l'extirpation pendant les premiers jours de son développement est en rapport avec sa faible excitabilité à cette époque. Le cœur est fondamentalement un organe automatique. Dans le mémoire actuel les auteurs étudient la forme de la contraction cardiaque et les causes de la progression péristaltique. La technique consiste à préparer le cœur de l'embryon de poulet et à le fixer sur la plaque porte-objet en le déroulant s'il est en spirale. On peut, grâce à une instrumentation spéciale, le couper de la manière que l'on désire et au point voulu. De plus on enregistre photographiquement son mouvement. On peut étudier aussi la forme et la durée de la contraction et la vitesse de transmission de l'onde péristaltique de contraction. Les points suivants ont été examinés encore : de la fonction du cœur isolé ; section du cœur, causes du mouvement péristaltique ; action des gaz.

DASTRE.

Études d'embryologie sur les vertébrés. Les fentes branchiales auditive, hyomandibulaire, spiraculaire et les somites mésoblastiques qui leur correspondent chez l'axolotl, par HOUSSAY (*Bull. sc. de la France et de la Belgique*, 1891).

Houssay continue à apporter des preuves en faveur de l'opinion qu'il a précédemment défendue, d'après laquelle l'ordre d'apparition des segments céphaliques n'est pas régi par une loi simple, comme cela serait le cas si ceux-ci se formaient en une seule série longitudinale d'avant en arrière. Il existe tout au contraire trois points de départ de la formation des métamères ; de chacun de ces points part une série de métamères et de fentes branchiales : une série préhyoïdienne, dirigée d'arrière en avant, c'est-à-dire dont les termes se forment tout d'abord à la partie postérieure de la série ; une deuxième posthyoïdienne, à direction inverse ; il faut y ajouter la tête préorale avec ses deux métamères et ses deux branchies cristallo-hypophysaire et nasale.

Etudiant les segments postoraux, Houssay, chez un embryon d'Axolotl à deux gouttières entodermiques branchiales et 11 myotomes au tronc, trouve quatre paquets de racines et de ganglions nerveux : olfactif et ciliaire, trijumeau, acustico-facial et glosso-pharyngien accolés, vague. Contrairement à Rabl, il pense avec Beard que l'origine de ces nerfs est la même pour tous. Les deux gouttières entodermiques, au lieu de représenter, comme on pourrait s'y attendre tout d'abord, l'hyoïde et la première branchiale sont respectivement la branchie auriculaire et la première branchiale. La nature auriculaire de l'une de ces deux gouttières, déjà fort vraisemblable à ce stade, est rendue évi-

dente par l'examen d'un stade plus âgé. On voit en effet, chez un embryon muni de 12 myotomes et présentant trois poches entodermiques branchiales, que les trois sillons branchiaux sont innervés par des rameaux postbranchiaux qui sortent respectivement : du ganglion acoustique désormais distinct du ganglion facial, du ganglion glosso-pharyngien, du ganglion du vague. Le premier sillon branchial entodermique, ou plutôt son organe sensitif, est donc l'oreille, ainsi que l'avait présumé Beard, sans avoir constaté l'existence de la fente auriculaire; les deux autres sont la première et la deuxième fentes branchiales vraies. C'est seulement ensuite (embryon à 13-14 myotomes) qu'apparaît la fente hyoïdienne avec un rameau post-branchial fourni par le facial. Plus tard (embryon à 21 myotomes), une gouttière hyo-mandibulaire paraît en avant de l'hyoïde, en même temps que le ganglion du facial se partage en deux portions, dont l'antérieure donne le rameau postbranchial qui anime la gouttière hyo-mandibulaire; d'autre part, à l'arrière de la région branchiale, une nouvelle poche entodermique s'est ajoutée à celles existant déjà. Plus tard encore (embryon à 23 myotomes), un nouveau sillon entodermique est visible en avant de la fente hyo-mandibulaire; c'est le sillon spiraculaire ou évent.

Il y a donc deux séries de métamères et de poches entodermiques branchiales correspondantes : l'une, qui commence avec la fente hyoïde, est à direction postéro-antérieure; dans l'autre, dirigée antéro-postérieurement, la fente auriculaire est la première en date. Il y a en somme désordre chronologique relatif, hétérochronie, dans l'apparition de la métamérie branchiale.

L'auteur est conduit à faire suivre son mémoire de considérations générales hypothétiques sur la comparaison de l'annélide et du vertébré : la tête du premier ne peut, par exemple, être homologuée à celle du second; car il n'y a chez le vertébré qu'un endroit où le système nerveux entoure le tube digestif comme on le voit dans la tête de l'annélide : c'est le canal neurentérique, qui est loin d'être placé dans la future région céphalique du vertébré.

A. PRENANT.

Zur Kenntniss der tierischen Zellen. I Mitth. Ueber zweierlei chromatophile Kernsubstanzen (Sur la connaissance des cellules animales. I^{re} Comm. : sur deux sortes de substances nucléaires chromatophiles, par L. AUERBACH (*Sitz. d. kgl. pr. Akad. d. Wiss. zu Berlin*, XXXII, 1890). — **Ueber die Blutkörperchen der Batrachier** (Sur les corpuscules sanguins des batraciens), par LE MÊME (*Anat. Anzeiger*, n° 20, 1890).

Par différents moyens, entre autres l'emploi de l'acide borique à 1 0/0, on peut mettre en évidence la membrane cellulaire du globule rouge des amphibiens. Le corps cellulaire se compose de deux zones : une corticale, la seule hémoglobifère, éminemment contractile (exoplasma); l'autre centrale (endoplasma).

La structure réticulée du noyau est un produit artificiel. En réalité, il n'y a qu'une substance fondamentale homogène, dans laquelle sont enfouis des corpuscules nucléolaires. On a confondu sous le nom de chromatine deux substances bien distinctes, l'une cyanophile, l'autre érythrophile, qui existent dans le noyau au repos des globules sanguins

et des autres cellules. Si on suit d'âge en âge l'évolution des globules rouges, on trouve que chez le jeune têtard il n'y a d'abord qu'un gros nucléole qui, par le colorant Ehrlich-Biondi, prend une teinte lilas. Peu à peu, à côté de ce nucléole se montrent de nombreux petits corpuscules nucléolaires qui sont en bleu éclatant sur fond rose, tandis que le gros nucléole montre maintenant des sphérules rouges ou jaunes sur fond bleu. Ainsi il s'est produit une différenciation de la substance du noyau et de celle du nucléole, attestée par des colorations spécifiques. Plus tard, les petits corpuscules cyanophiles augmentent en nombre, tandis que le nucléole prend un caractère de plus en plus érythrophile. Enfin, ce nucléole disparaît sans laisser de traces, et il ne reste plus que les corpuscules cyanophiles.

A. PRENANT.

Beitrag zur Lehre vom Bau der Sinushaare (Contribution à l'étude de la structure des poils à sinus), par S. MAYER (*Arch. für mikr. Anat., Band XXXV, Heft 1, 1890*).

Plusieurs auteurs ont observé déjà qu'entre les poils tactiles et les poils ordinaires existe cette différence essentielle, que les premiers offrent dans leur follicule au-dessous des glandes sébacées un tissu caverneux et même un sinus veineux. En examinant de ces « poils à sinus » l'auteur a vu que le canal médullaire du poil était rempli jusqu'à 1 ou 2 centimètres au delà du niveau de la peau par un liquide sanguinolent. L'examen bibliographique de la question lui a appris que la présence du sang dans la moelle des poils et principalement des poils tactiles avait déjà été observée, et depuis fort longtemps (Heusinger, Steinlin, Gegenbaur, Leydig, Odenius, Paladino et Lanzillotti-Buonsanti). La masse sanguinolente est en quantité variable, s'étendant sans discontinuité sur une certaine longueur, ou bien distribuée par places; elle n'est pas seulement teintée par la matière colorante du sang, mais encore contient des globules parfaitement reconnaissables. Il est digne de remarque que ce sont les poils détachés de leur papille, les « poils en massue » (*Kolbenhaare*), dont la moelle contient du sang.

Quant à l'origine de ce contenu sanguin de la moelle, elle n'est nullement en rapport avec l'existence du tissu caverneux et du sinus veineux. On ne peut admettre non plus avec Steinlin que la moelle est le vestige d'une pulpe ou papille beaucoup plus étendue, et que lors de l'atrophie des capillaires dans la partie de la papille devenue médullaire le sang est resté. Mayer ferait intervenir volontiers le processus suivant : l'irruption du sang dans la moelle est due à des altérations de structure de la paroi des capillaires de la papille, laquelle devient alors plus perméable aux éléments figurés du sang; ces altérations sont du reste prouvées par ce fait que les poils à contenu sanguin sont le plus souvent des poils en massue, détachés de la papille par suite d'une nutrition insuffisante.

A. PRENANT.

Nerfs de l'hémisphère antérieur de l'œil, par BOUCHERON (*Société de Biologie, 26 juillet 1890*).

Dans la névrotomie optico-ciliaire on pouvait toujours constater un certain degré de persistance de la sensibilité à la périphérie de la cornée. Cette sensibilité s'étendait au centre dès la semaine suivante. Ce phéno-

mène est dû à l'existence de nerfs ciliaires superficiels et de nerfs ciliaires externes moins constants. Les premiers viennent des nerfs sensitifs orbitaires (nasal, frontal, etc.), abordent les membranes externes de l'œil, forment un plexus épiscléral, et de là fournissent des rameaux perforants qui s'anastomosent à la périphérie avec les branches ciliaires profondes pour former un plexus scléral interciliaire. Quelques filets doivent porter le nom de nerfs tendino-scléraux. La cornée a donc trois zones : une centrale innervée par les nerfs ciliaires profonds ; une périphérique pour les nerfs ciliaires superficiels ; une intermédiaire recevant des filets des deux côtés.

Dans l'espace pectiné, les nerfs seraient enroulés autour des piliers, à la manière de ce qui se passe dans les corpuscules du tact, et mériteraient le nom de *corpuscules de tension*. Toute différence dans la pression intraoculaire se ferait sentir sur ces nerfs, qui seraient les véritables régulateurs de la tension oculaire.

F. DE LAPERSONNE.

Zur Entwicklung des Conjunctivalsackes, par SEILER (*Arch. für Anat. und Phys., anat. Abth., Heft 3-4; 1890*).

1° L'occlusion des paupières se fait chez l'embryon de la taupe non pas au moyen d'une suture, mais d'un bourgeon épithélial formé par les bords des paupières qui se resserrent annulairement autour d'un point déterminé. — 2° Le développement des paupières de la taupe est inégal, la paupière inférieure étant notablement plus longue que la supérieure ; le point d'occlusion est situé au bord antérieur ou interne et supérieur de l'orbite. — 3° Le point d'occlusion est malgré cela placé au devant du milieu du bulbe qui, pendant l'occlusion, éprouve une rotation correspondante vers le haut. — 4° Le cristallin de l'embryon de taupe permet de reconnaître de bonne heure un état dans lequel se forment des fibres cristalliniennes et une zone nucléaire comparables à celles des autres embryons de mammifères. Plus tard, une part des dispositions structurales propres au cristallin développé se réalise, grâce à ce que les noyaux de la zone nucléaire se distinguent sur une grande étendue du cristallin. Quant aux changements de forme des fibres, ils s'opèrent seulement après la parturition. — 5° L'ouverture des paupières se fait chez le chien par un processus de kératinisation qui, quelques jours après la naissance, marche de dehors en dedans et forme une large plaque cellulaire cornée entre les paupières. — 6° La fermeture du sac conjonctival chez l'embryon de la couleuvre se fait comme chez la taupe, sauf que le bourgeon annulaire épithélial ne persiste pas chez la couleuvre.

A. PRENANT.

La forme et le calibre physiologiques de la trachée, par LEJARS (*Rev. de chirurgie, n° 4, p. 336, 1891*).

Comme l'a montré Nicaise, l'état normal de la trachée est d'être en contraction ; les extrémités de ses anneaux sont alors au contact, grâce à l'action de la couche musculaire de sa paroi postérieure, et pendant la respiration calme ses diamètres n'éprouvent pas de changement appréciable.

Pour obtenir les dimensions normales de la trachée vivante, Lejars a rapproché sur la trachée du cadavre, les extrémités postérieures des anneaux à l'aide de serre-fines.

Le diamètre intérieur moyen, seul utile à connaître, varie de 4 à 7 millimètres de la trachée morte à la trachée vivante. La mensuration des diamètres moyens, à différentes hauteurs, a donné en effet les résultats suivants :

	Trachée morte.	Trachée vivante.
1 ^{er} anneau.....	16 ^{mm} , 7.....	12 ^{mm}
3 ^e —	16, 8.....	11, 7
6 ^e —	17, 5.....	11, 5
9 ^e —	18	11, 8

Mais pour que la trachée vivante puisse se maintenir au degré maximum de réduction dû à la tonicité de la bande musculaire postérieure, il faut : 1° que la musculature soit intacte ; 2° que les arcs cartilagineux restent élastiques.

L'atrophie des muscles de la bande postérieure, la calcification des arcs cartilagineux pourront donc en réalité modifier notablement le calibre de la trachée.

La trachée vivante est plus large à son extrémité supérieure, la trachée du cadavre, au contraire, plus large à son extrémité inférieure.

Lejars insiste encore sur l'irrégularité de la forme : en haut la trachée tend à s'aplatir transversalement ; en bas elle tend à s'aplatir d'avant en arrière. Il existe deux dépressions constantes, la dépression aortique et la dépression thyroïdienne.

La saillie formée par le plissement de la paroi postérieure peut constituer un relief, une crête assez accentuée pour gêner l'introduction de la canule dans la trachéotomie et nécessiter l'emploi d'une canule plus petite.

C. WALTHER.

Ueber die Mandeln und deren Entwicklung, par STOEHR (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 17, p. 537, 1^{er} septembre 1890).

Critique des travaux de Retterer (*R. S. M.*, XXVIII, 405 ; XXX, 13 ; XXXIII, 407) sur le mode de développement et la constitution des amygdales. Pour Stöhr, ce sont bien des organes de nature conjonctive et non, comme le veut Retterer, de nature épithéliale ; le tissu angiothélial décrit par ce dernier, n'existe pas. Il est facile de s'assurer sur les amygdales du lapin, que l'immigration des leucocytes remonte aux premières phases du développement de l'organe, tandis que les follicules ne se développent qu'après la naissance.

J. B.

Sur le tissu érectile des fosses nasales, par A.-H. PILLIET (*Soc. anat.*, 27 mars 1891).

Le tissu érectile des fosses nasales, quoique moins homogène que celui des corps caverneux, est composé de vaisseaux érectiles véritables.

Il forme des organes qui occupent la surface des cornets à l'exclusion des glandes qui sont réparties sur le reste de la muqueuse.

Son développement chez l'homme et chez les animaux est tardif : il n'apparaît qu'après la naissance au moment où les fosses nasales s'accroissent et donnent à la face son relief.

A. C.

Die Corrosionsanatomie des knöchernen Labyrinths des menschlichen Ohres,
par Friedrich **SIEBENMANN** (Wiesbaden, 1890, et Berlin. klin. Wochens. 17
novembre 1890).

Les mensurations précises de Siebenmann confirment l'opinion généralement admise que, chez le nouveau-né, le labyrinthe a déjà des dimensions très peu inférieures à celles qu'il aura chez l'adulte.

Siebenmann décrit de nouvelles formations anastomotiques entre les trois premières petites racines accessoires dans la première moitié du trajet du rameau de l'ampoule postérieure et émet l'idée qu'elles représentent les vestiges du ramulus neglectus que Retzius a trouvé très fréquemment chez les poissons et constamment chez les tortues, les serpents et les lézards.

Siebenmann a non seulement constaté l'existence d'un canal vasculaire spécial décrit par Cotugno à côté de l'aqueduc du limaçon, mais, sur la moitié de ses préparations, il a trouvé un 2^e canal accessoire, associé aussi dans son parcours à l'aqueduc du limaçon.

Enfin, il a toujours trouvé un canal accompagnant l'aqueduc du vestibule, canal que Cotugno avait bien vu, mais dont l'existence a été passée sous silence par les anatomistes ultérieurs. Des injections chez les nouveau-nés ont montré à Siebenmann que ces canaux accessoires sont de véritables canaux veineux. Dans les canaux eux-mêmes des aqueducs il ne circule pas de ramuscles vasculaires notables. J. B.

De la membrane du sac lymphatique œsophagien de la grenouille, par **RANVIER**
(Compt. rend. Acad. des sciences, 8 décembre 1890).

Cette membrane, très mince, a cependant une structure complexe: dans la charpente interposée aux deux couches endothéliales, on observe des clasmatocytes, pour lesquels l'auteur confirme ses précédentes études; il est impossible de confondre ces éléments avec les cellules connectives. On voit d'autre part arriver à cette membrane des fibres nerveuses qui toutes se dépouillent, à mesure de leur subdivision, de leur gaine médullaire et se transforment en fibres de Remak. La terminaison ultime se fait par des extrémités libres arrondies en boutons; mais on trouve des fibres qui, après avoir décrit une anse, se soudent à elles-mêmes et forment ainsi une figure semblable à un anneau de clef. Ces anneaux ont un diamètre variable; il y en a de très petits. La comparaison de ces divers anneaux avec les boutons terminaux conduit à penser que ces derniers pourraient bien être des anneaux atrésiés. Ces nouvelles données conduiront sans doute à mieux comprendre certaines terminaisons nerveuses dont la signification est encore obscure. M. DUVAL.

Die Entwicklung und das spätere Verhalten des Pankreas der Amphibien (Le développement et la disposition définitive du pancréas des amphibiens), par **GOEPPERT** (*Morphol. Jahrbuch, Band XVII, Heft 1, 1891*).

Chez tous les amphibiens examinés le pancréas se développe par trois ébauches, une dorsale et deux ventrales. D'une façon constante, l'ébauche dorsale et l'ébauche ventrale droite s'unissent sur la face droite et plus tard postérieure de l'intestin. Les deux ébauches ventrales et plus tard les deux conduits pancréatiques correspondants se réunissent autour de

la paroi droite ou antérieure du canal cholédoque, chez les anoures aussi bien que chez les urodèles. Chez les anoures, ce qui est caractéristique, c'est la disparition de la communication dorsale du pancréas avec l'intestin.

Les faits embryologiques qui précèdent expliquent les dispositions définitives suivantes, constatées par l'auteur et par d'autres. Chez tous les amphibiens une partie du pancréas est placée au côté dorsal de l'intestin, dans le mésentère dorsal ; l'autre partie occupe une situation ventrale entre l'intestin et le foie. Les deux parties sont toujours unies sur la face postérieure de l'intestin. Chez les urodèles on trouve deux orifices pancréatiques placés l'un derrière l'autre : un antérieur, situé juste derrière le pylore, et un postérieur auquel aboutissent des conduits pancréatiques unis d'une façon variable avec le canal cholédoque. Tout cela résulte de l'existence de trois ébauches pancréatiques embryonnaires. Chez les anoures, l'orifice antérieur indépendant fait défaut, ce qu'explique la régression du conduit correspondant. Chez tous les amphibiens il existe à l'état adulte des connexions étroites entre le foie et le pancréas ; ces connexions sont secondaires.

A. PRENANT.

Recherches sur l'épithélium de l'intestin grêle, par NICOLAS (*Journ. intern. d'Anat. et de Phys.*, t. VIII, f. 1, 1891).

Les recherches de Nicolas ont porté spécialement sur les deux questions suivantes : 1° la constitution du protoplasma des cellules épithéliales des villosités, étudiées sur divers animaux, mais surtout sur des tritons à l'état de jeûne, — l'état de ces cellules pendant l'absorption des graisses, examiné de préférence sur des tritons ayant ingéré, après avoir jeûné, des larves de phryganes, aliment riche en graisses ; 2° les cellules spéciales (cellules à grains de Paneth) que l'on trouve dans le fond des glandes de Lieberkühn chez quelques mammifères et que l'auteur a rencontrées également chez le lézard.

1° Les cellules épithéliales de l'intestin d'un triton à l'état de jeûne présentent une zone protoplasmique sous-basale, sous-jacente au plateau, et remarquable par sa densité ; le corps cellulaire est dépourvu d'enveloppe ; des ponts intercellulaires relient les cellules voisines. Mais ce qui est le plus intéressant à noter, c'est, dans la zone de protoplasma qui s'étend entre le noyau et le plateau, sauf dans la zone sous-basale, la présence d'enclaves, sous forme de grains très fins ou de boules plus ou moins volumineuses. Les grains sont incolores ou plutôt teints d'une façon banale, ou bien colorés par la safranine en rouge. Les boules peuvent être homogènes dans toutes leurs masses, ou bien présenter une différenciation en deux substances, dont l'une, safranophile, a la forme d'un croissant. Ces grains et ces boules, constants chez le triton et d'autres animaux à l'état de jeûne, cessent d'être visibles quand les cellules épithéliales sont remplies de gouttelettes graisseuses noircies par l'acide osmique ; après l'ingestion d'huile, on les rencontre dans les cellules qui ne renferment pas de graisse, aussi bien que dans celles qui n'en contiennent qu'une petite quantité.

Chez des tritons sacrifiés une heure après avoir ingéré de l'huile, quelques cellules épithéliales seulement contiennent des grains noircis par l'huile osmique et des boules présentant quelques grains noirs ; elles

renferment en même temps des grains gris ou roses, et des boules avec ou sans corpuscule safranophile. Chez des tritons tués en pleine digestion, 10 ou 12 heures après l'ingestion d'aliments gras, les cellules épithéliales sont remplies de graisse disposée sous forme de grains répandus surtout dans la zone de protoplasma comprise entre le noyau et le plateau, mais faisant défaut dans la zone sous-basale ; il n'y a plus de corps safranophiles ; mais beaucoup de grains ne sont pas complètement noirs, et présentent une zone grise.

Quant aux éléments qu'Heidenhain a décrits dans l'épithélium intestinal du cobaye, et qu'il a appelés « phagocytes », Nicolas les a trouvés, chez la grenouille, constitués par un noyau et par un corps protoplasmique abondamment pourvu de grains et de boules tout comme une cellule épithéliale. Nicolas rejette l'interprétation proposée par Heidenhain pour ces éléments, et, considérant que leur noyau paraît souvent en régression, et que leur protoplasma est farci de boules tout comme une cellule épithéliale, il les regarde comme des cellules épithéliales en voie de dégénérescence par suite d'une production trop intense de boules et de grains dans leur intérieur.

Pendant l'absorption, le noyau des cellules épithéliales subit des transformations qui prouvent qu'il entre pour une certaine part dans ce phénomène ; des noyaux qui se colorent, en rouge par la safranine, à l'état de jeûne de la cellule, ont perdu cette propriété et ne prennent plus, quand la cellule est remplie de graisse, qu'une teinte violette, quelquefois extrêmement pâle, sous l'influence du cristal violet.

Passant à l'interprétation des faits, Nicolas rapproche les enclaves qu'il a observées de celles que R. Heidenhain, Lukjanow, Steinhaus, Martin Heidenhain ont décrites, et même des soi-disant *Nebenkern* de Gaule, Nussbaum, Ogata. Examinant l'origine de ces enclaves, il pense qu'elles sont formées par la cellule même, et qu'elles ne sont point des débris de leucocytes migrants (R. Heidenhain) ; ce sont de véritables produits de sécrétion, en rapport avec l'absorption, et d'autant plus volumineux qu'ils ont le temps de s'accroître davantage, l'ingestion des aliments et par suite leur absorption se faisant à de plus grands intervalles.

L'auteur fournit une explication et, pour mieux dire, une véritable théorie de l'absorption. Les éléments figurés ou enclaves qu'il a décrites dans le protoplasma des cellules épithéliales jouent le rôle essentiel dans l'absorption des graisses (et peut-être aussi des autres substances). Celles-ci pénètrent dans les cellules épithéliales sous la forme de solution, après saponification préalable dans la cavité intestinale, et se fixent sur les grains aussi bien que sur les boules les plus volumineuses. Il y a simple dépôt de graisse dans la substance des enclaves, ou bien influence active de cette même substance, qui agit à la manière d'un véritable ferment de composition complexe mais fixe, en opérant la synthèse de la graisse.

2° Chez un certain nombre de mammifères dans le fond des glandes de Lieberkühn, et dans le fond des sillons situés entre les replis de la muqueuse chez le lézard, on trouve des éléments cellulaires spéciaux, les « cellules à grains de Paneth ». Ces cellules sécrètent et même excrètent au dehors des corpuscules figurés qui paraissent constitués de la même manière que les enclaves étudiées dans le paragraphe précédent :

ces corpuscules ou grains, logés dans les mailles du réseau protoplasmique, sont composés de deux substances au moins, dont l'une repose en croissant sur l'autre et se colore en rouge par la safranine (corpuscule à demi-lune safranophile). Dans ces cellules, quelle que soit l'abondance des grains, le noyau existe toujours contrairement à Paneth. A côté de ces cellules, il en est d'autres dans le fond des glandes de Lieberkühn qui ne renferment pas de grains, et d'autres aussi qui se distinguent par la densité et l'opacité en même temps que par l'étroitesse de leur corps cellulaire (cellules intercalaires); on peut aussi rencontrer des cellules caliciformes. Enfin certaines cellules, au lieu de grains, renferment en grande abondance des enclaves plus volumineuses sous la forme de boules constituées d'ailleurs comme les grains eux-mêmes; les boules paraissent faire défaut dans les cellules à grains et les grains dans les cellules à boules. Chez le lézard les cellules à grains présentent essentiellement les mêmes caractères que chez les mammifères, mais elles portent à leur surface libre une bordure ciliée.

Les grains et les boules représentent un véritable produit de sécrétion, dont le rôle est inconnu, et dont on doit se contenter de remarquer l'analogie ou même la similitude avec les grains et les boules qui sont formés par l'épithélium des villosités et qui interviennent dans l'absorption des graisses. L'évolution des cellules sécrétoires comporte les principales phases suivantes : *a)* premier stade, de cellules indifférentes, à protoplasma clair, sans plateaux à bâtonnets; *b)* apparition de fines granulations ou granulations primaires; *c)* stade des grains à corps safranophile, apparaissant d'abord dans la partie centrale de la cellule; *d)* l'activité sécrétoire est à son maximum, et il ne reste plus, en fait de protoplasma non employé, que les lamelles qui séparent les niches où sont logées les grains, et la mince couche qui entoure le noyau; celui-ci est refoulé dans un coin de la cellule; *e)* les cellules expulsent les grains, la pression intra-cellulaire déterminée par l'abondance des grains faisant éclater la mince couche protoplasmique qui recouvre la lumière glandulaire; *f)* la cellule débarrassée de son produit de sécrétion, revient sur elle-même, et représente l'élément étroit et dense, indiqué ci-dessus; *g)* la cellule se reconstitue dans son état primitif pour parcourir un nouveau cycle de transformations.

A. PRENANT.

Die Entwicklung der Testikel u. s. w. (Le développement du testicule de *Fringilla domestica* depuis le repos hibernale jusqu'à l'époque des amours), par ETZOLD (*Zeitschrift für wiss. Zool.*, Band LII, Heft 1, 1891).

Nous ne possédons que des données incomplètes sur le développement du testicule et sa structure chez les oiseaux. L'auteur comble cette lacune par une étude de la question faite chez le moineau.

Il examine d'abord le développement microscopique du testicule, dont il mesure de la façon la plus minutieuse le volume et le poids aux différents moments de l'année. La comparaison des progrès accomplis par le testicule chez le moineau et chez l'homme montre que, pour celui-ci, l'organe n'est guère chez l'adulte que trois fois plus lourd qu'à la naissance, tandis que chez le moineau son poids devient de l'hiver à l'été 300 fois plus considérable. Cette différence énorme est en rapport avec les conditions différentes de l'accouplement chez l'un et chez l'autre : en

particulier, la rapidité et l'intensité d'accroissement du testicule chez le moineau est, suivant Elzold, en rapport avec la monogamie de cet animal et les devoirs qu'elle impose.

Quant aux processus du développement histologique, l'auteur les résume de la façon suivante: Le testicule au repos du moineau adulte offre deux sortes de cellules: des cellules à pied et des spermatogonies. Celles-ci sont situées dans des loges formées par les prolongements des cellules à pied. Les deux sortes de cellules se multiplient, sans que cependant les cellules pédieuses présentent de figures de division. Les spermatocytes issus de la division des spermatogonies sont enlourés par le protoplasma des cellules à pied (copulation de Benda), et ainsi prennent naissance les plus jeunes spermatoblastes. A l'intérieur de ces spermatoblastes se forment alors les spermatides et les spermatozoïdes, dont l'union avec la substance de la cellule à pied donne lieu à des spermatoblastes plus développés et devient plus intime, jusqu'au moment où le spermatozoïde est mûr et tombe dans la lumière du canalicule.

A. PRENANT.

Ueber die motorischen Nerven der Blase (Sur les nerfs moteurs de la vessie), par P. NAWROCKI et B. SKABITCHEWSKY (*Archiv für die gesamte Physiol.*, XLVIII, p. 335).

Les auteurs rappellent les résultats de Budge (1858), Gianuzzi (1863), Sokownin (1877), H. Nussbaum (1879). Ils opèrent à leur tour sur des animaux curarisés (chats) et observent la vessie à l'œil nu. La vessie reçoit de la moelle deux espèces de nerfs: les uns passent par le ganglion mésentérique inférieur; la seconde branche vient des nerfs sacrés dans la cavité du petit bassin. Les auteurs ont excité la moelle, les racines lombaires 4^e et 5^e, le segment lombaire du grand sympathique; les nerfs mésentériques supérieur, moyen et inférieur, les nerfs hypogastriques les 2^e et 3^e racines antérieures des paires sacrées.

DASTRE.

The influence of posture on the form of the articular surfaces of the tibia and astragalus in the different races of man and the higher apes, par A. THOMSON (*Journ. of Anat. and Physiol.*, vol. XXIII, p. 616).

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes: La convexité des condyles du tibia est plus ou moins accentuée suivant les races; chez les races supérieures elle l'est peu, tandis que chez les sauvages, chez les hommes fossiles et chez les peuples anciens, elle est très accusée. Il semble que cette convexité soit plus prononcée chez les hommes qui, par suite de leurs occupations, sont obligés de fléchir fortement et longtemps le genou, c'est-à-dire prennent la position accroupie. Il n'est pas absolument prouvé que la courbure des condyles puisse être moins prononcée si l'extrémité supérieure du tibia s'incurve davantage. Pour ce qui en est de la surface articulaire inférieure du tibia et de celle de l'astragale, l'auteur montre qu'il existe parfois sur le bord antérieur de la première d'une part, et sur le col de l'astragale d'autre part, des facettes qui se touchent quand le pied est dans l'extrême flexion. Ces facettes sont rares dans les races supérieures et presque constantes chez les sauvages. Leur existence semble due à l'habitude qu'ont ces derniers de s'accroupir. De plus, elle ne paraît pas en rapport avec la platycnémie habituelle chez les monta-

gnards qui, pour grimper, sont obligés de contracter fortement les muscles postérieurs de la jambe. Chez les singes supérieurs, les condyles tibiaux sont fortement convexes et les facettes du tibia et de l'astragale très accentuées, dispositions qui sont le résultat de leurs habitudes. Lorsqu'elles existent chez l'homme, elles reconnaissent également pour cause une posture spéciale habituelle, par suite ce sont des dispositions acquises.

A. NICOLAS.

Nouvelles observations d'apophyse sus-épitrochléenne chez l'homme, par A. NICOLAS (*Revue biologique du Nord de la France*, 1890).

Après avoir rapporté plusieurs observations d'apophyse sus-épitrochléenne, l'auteur examine quelques questions se rattachant à l'étude de cette anomalie. C'est d'abord celle de la situation de l'apophyse, de sa distance à divers points de l'extrémité inférieure de l'humérus, comparée à la longueur totale de l'os. Les chiffres apprennent que la longueur de l'humérus est en rapport avec la distance de l'apophyse sus-épitrochléenne à l'extrémité inférieure de l'os chez un même individu, et que cette proportionnalité n'existe plus si l'on considère des humérus appartenant à des individus différents, l'apophyse pouvant avoir sur un sujet A, dont l'humérus a une longueur moindre, une situation plus élevée que sur un sujet B dont l'humérus est plus long. Viennent ensuite plusieurs questions, comme celles de la constance de la bandelette sus-épitrochléenne tendue de l'apophyse à l'épitrochlée, des rapports de l'apophyse avec les muscles et en particulier le rond pronateur, des rapports avec le nerf médian et avec les artères. Relativement à la fréquence de l'anomalie, elle est, pour l'auteur, de 7, 80/0, chiffre élevé qui sans doute tient à ce que les cadavres qui ont fourni cette proportion énorme proviennent d'un asile d'aliénés. Le mémoire se termine par l'examen d'un point nouveau, celui du rapport qui existe entre la présence de l'apophyse normale et le degré de torsion de l'humérus. À première vue les os munis d'une apophyse paraissent plus tordus que les autres; les mensurations pratiquées avec le tropomètre confirment cette prévision, l'angle de torsion étant de 170° dans le premier cas et de 160° seulement dans le second. Dans les humérus normaux, l'angle est plus grand pour les gauches que pour les droits, conformément aux données de Broca; mais contrairement à Broca, il est plus ouvert pour les humérus plus longs.

A. PRENANT.

The angle of the neck with the shaft of the femur at different periods of life and under different circumstances, par HUMPHRY (*Journ. of Anat. and Physiol.*, vol. XXIII, p. 273 et 387).

L'angle que fait le col du fémur avec le corps de cet os est soumis à de grandes variétés même chez des personnes de même âge. Cet angle est plus petit dans les fémurs courts que dans les longs, et est probablement en rapport aussi avec la largeur du bassin. Pour ces deux motifs il est moins ouvert chez la femme que chez l'homme. D'autre part, cet angle diminue pendant le cours de la croissance en même temps que le poids du corps augmente, puis, la croissance achevée, il ne change plus qu'exceptionnellement. Après des paralysies des muscles de la cuisse ou une

amputation du membre, il ne se modifie habituellement pas ou même peut augmenter.

Ce dernier point est établi par Humphry dans un deuxième travail accompagné de plusieurs photographies.

A. NICOLAS.

Die kleine Zehe (Le petit orteil), par PFITZNER (*Arch. f. Anat. und Phys., Anat., Abth., Heft 1-2, 1890*).

On sait que le petit orteil peut souvent (dans 36 0/0 des cas, d'après l'auteur), ne présenter que deux phalanges, grâce à la fusion des phalanges moyenne et terminale en une seule. Cette fusion a été presque universellement considérée comme de nature pathologique. Sappey est le seul auteur qui ait émis une autre opinion en disant que « les secondes et les troisièmes phalanges, comme tous les os qui s'atrophient, ont quelque tendance à se souder entre elles ». Ceux qui l'ont regardée comme pathologique l'ont mise sur le compte de la pression exercée par la chaussure sur le petit orteil.

Pfitzner accumule les raisons pour lesquelles cette étiologie ne saurait être maintenue. On l'observe, il est vrai, plus fréquemment chez les femmes, qui portent en général des chaussures plus étroites; mais on la trouve aussi chez des ouvriers qui n'usent que de souliers très larges. On la peut constater, autant que le permettent les matériaux dont nous disposons, chez les peuples qui ne portent pas de chaussures pointues ou même ceux qui marchent pieds nus comme les nègres; on la trouve chez l'homme préhistorique.

Mais ce qui surtout va formellement à l'encontre de la nature pathologique et acquise de la fusion des phalanges moyenne et terminale du petit orteil, ce sont d'une part les dispositions anatomiques de ces phalanges, d'autre part le développement du petit orteil.

En effet, les phalanges synostosées ne portent nullement la trace d'irritations inflammatoires, telles qu'en devraient porter des os soumis à une compression, telles qu'on en trouve par exemple sur les surfaces articulaires des 1^{er} et 2^o orteils. Ce sont ceux-ci en réalité, redressés en vue de l'adaptation du pied à la station verticale, qui supportent la pression exercée par la chaussure, tandis que les orteils péroniers (3^e, 4^e et 5^e), et surtout le petit orteil ont conservé la direction fléchie modérément en griffe qu'ils ont naturellement et primitivement, et échappent ainsi à la pression du soulier qui porte exclusivement pour le bord externe du pied sur la tête du 5^e métatarsien.

Tout ce que l'on peut noter, c'est l'influence exercée par l'immobilisation de tous les orteils péroniers, influence qui a pour effets l'aplatissement des surfaces articulaires de leurs phalanges, et l'atrophie générale des phalanges terminales. L'examen attentif des surfaces articulaires, relativement à leur orientation par rapport à l'axe des orteils, montre que du côté péronier et en particulier pour le petit orteil, la 1^{re} et la 2^e articulations interphalangéales du petit orteil forment avec l'axe de cet orteil des angles constants qui convergent par leur sommet vers le bord interne du pied; du côté tibial, par contre, les surfaces articulaires du 1^{er} et du 2^o orteils, normalement à angle droit sur l'axe de ces orteils, ne prennent une direction oblique que si la pression du sou-

lier est venue s'exercer, et alors présentent des déformations de nature irritative.

La constitution intérieure du petit orteil vient encore à l'appui de la manière de voir défendue par Pfitzner. La phalange moyenne du petit orteil, réduite à un osselet minime, plus large que long, est soudée à la phalange terminale, non pas en position fortement fléchie comme cela pourrait être le cas s'il y eût compression, mais faiblement et naturellement fléchie; et la soudure est telle que la phalange moyenne ne représente plus qu'une sorte d'épaississement de la base de la phalange terminale et n'en est séparée qu'extérieurement, tandis qu'à la coupe on ne trouve qu'une masse spongieuse continue pour les deux phalanges. Si la soudure avait eu une pression pour cause, l'aspect eût été tout autre, et d'ailleurs la soudure n'eût-elle pas frappé également d'autres articulations de la partie péronière du pied?

En second lieu, si la fusion phalangienne du petit orteil est indépendante de toute pression exercée par la chaussure, elle doit s'observer chez le nouveau-né et le fœtus, où Sœmmering l'a en réalité constatée, et où Pfitzner la retrouve à peu près aussi fréquente que chez l'adulte.

Elle y est même tellement précoce qu'elle apparaît dès l'état cartilagineux des phalanges; ce qui n'empêche pas qu'ici comme ailleurs, l'indépendance des ébauches puisse réapparaître avec la période d'ossification, attestée par des points osseux distincts qui représentent autant d'éléments du squelette ayant perdu leur signification primitive. La soudure est seulement plus ou moins complète, l'indépendance des deux phalanges étant souvent marquée par une ligne sombre ou même par une bande fibreuse qui traverse transversalement la masse cartilagineuse commune. Pfitzner entre dans quelques détails relatifs à l'ossification des phalanges moyenne et terminale du petit orteil comparée à celle des autres orteils telle que l'ont fait connaître les travaux de Retterer. Sauf Nesbit, personne n'a indiqué que le petit orteil différât des autres par le processus d'ossification. Les caractères particuliers de l'ossification de sa phalange terminale sont les suivants. La coupole terminale (unguéale) de cette phalange est longtemps la seule formation osseuse; puis paraît un point osseux (enfants de 3-5 ans) pour l'épiphyse basale. A 12-14 ans, la phalange consiste en deux noyaux osseux, dont le proximal est l'épiphyse basale; le distal plus long, représenté exclusivement par la coupole terminale et dépourvu de toute ossification enchondrale, équivaut à l'épiphyse terminale et à la diaphyse.

Ainsi, par l'apparition chronologiquement aberrante de ses points d'ossification, par l'absence de distinction entre deux points osseux ailleurs indépendants, par le développement exagéré d'un point osseux ailleurs peu considérable, par la fréquence d'une soudure interphalangienne qui se montre dès les premiers stades de la formation cartilagineuse, par la synostose qui succède à cette fusion cartilagineuse, le petit orteil de l'homme est en voie de régression. Ce qui rend le processus particulièrement intéressant, c'est qu'il se déroule actuellement sous nos yeux, et que nous assistons à l'atrophie du petit orteil et à la fusion de ses phalanges, au lieu que le processus de réduction du nombre des phalanges du pouce et du gros orteil est accompli. La régression

du petit orteil doit-elle s'arrêter au stade où nous la trouvons aujourd'hui? L'auteur ne le pense pas, et constatant que les autres orteils péroniers (3^e, 4^e) eux aussi offrent des indices de réduction, que seuls les orteils tibiaux (1^{er}, 2^e) sont exempts de pareils signes, il porte ce pronostic que le pied humain est en train de se réduire à deux orteils, un orteil principal (1^{er}), et un orteil accessoire (2^e).

Ainsi l'état biphalangéal du petit orteil nous apparaît comme une variété anatomique qui n'est pas acquise individuellement; car son apparition chez l'embryon est trop précoce pour l'admettre. C'est un néo-caractère de race, que nous devons à des influences inconnues; il consiste dans une réduction que l'on peut comparer à celle qui frappe l'extrémité caudale de la colonne vertébrale, étiologiquement tout aussi mal connue.

Pfitzner termine en observant que l'état bi ou triphalangéal du petit orteil est un caractère utilisable pour l'anthropologie, facilement reconnaissable sur le vivant, et qu'il peut également servir de critérium pour la transmissibilité des propriétés héréditaires. A. PRENANT.

PHYSIOLOGIE.

Action de l'anémie sur l'excitabilité des centres nerveux, par V. ADUCCO
(*Archives italiennes de Biologie*, p. 136, XIV, 1890).

Dans l'anémie, c'est-à-dire alors que l'afflux du sang est diminué, la substance des centres nerveux se trouve dans un état de plus grande excitabilité. Dans ces conditions, les excitants provenant de l'extérieur agissent beaucoup plus énergiquement que dans les conditions normales. Cet état d'excitabilité accrue persiste probablement pendant toute la durée de l'anémie. On pourrait admettre dans certaines limites qu'il y a un rapport inverse entre la nutrition et l'excitabilité des éléments nerveux. Cette dernière augmente toutes les fois que la nutrition diminue. DASTRE.

Intorno all'influenza delle radici spinali posteriori sull'excitabilità delle anteriori, par BELMONDI et ODDI (*Rivista speriment. di freniatria e med. leg.*, p. 265, 1890).

Quand on abolit la conductibilité des racines postérieures par des moyens qui ne les irritent aucunement, on observe une diminution constante de l'excitabilité des racines antérieures correspondantes.

Toute excitation irritante portée sur les racines sensibles fait augmenter d'habitude pour un temps plus ou moins long l'excitabilité des racines antérieures. Quelquefois, cette hyperexcitabilité est précédée par une période en général assez courte dans laquelle l'excitabilité des racines antérieures est suspendue ou très diminuée.

Ces différents faits semblent indépendants de l'influence cérébrale et même de la conscience, du moins dans le sens propre du mot.

Les auteurs ont une tendance à accepter l'hypothèse de Cyon d'après laquelle de la périphérie, par les fibres sensitives, affluent incessamment à la moelle des excitations de nature variée qui, par l'intermédiaire des cellules de la moelle, se reflètent sur les nerfs et les muscles.

Chez un de leurs chiens, les auteurs ont constaté des oscillations spontanées par accès du degré de l'excitabilité des racines antérieures.

PIERRE MARIE.

Recherches sur les nerfs vaso-moteurs de la tête, par J. P. MORAT (*Archives de physiologie*, p. 87 ; 1891).

C'est une étude sur le trajet intra-cranien des vaso-moteurs auriculaires.

1° La première source des vaso-constricteurs existe dans le cordon cervical sympathique : ils viennent de la partie supérieure de la moelle dorsale, passent par les racines antérieures, les rameaux communicants, le premier ganglion thoracique, le cordon cervical, jusqu'au ganglion cervical supérieur. A partir de là et jusqu'aux vaisseaux mêmes, on ne s'était point préoccupé de leur trajet. On imaginait que du ganglion cervical supérieur ces rameaux passaient dans le plexus de l'artère carotide externe (*plexus intercarotidien*), et de là sur l'artère auriculaire et ses branches. Ce n'est pas exact. Ils ne suivent que partiellement et en petit nombre cette voie. La plus grande partie en suit une autre, à savoir les deux rameaux qui prolongent le bord supérieur du ganglion pour pénétrer dans le crâne. — L'un de ces rameaux, externe ordinairement, va du ganglion cervical supérieur au ganglion de Gasser : c'est le *nerf cervico-gassérien* ; l'autre constitue le rameau d'origine du *plexus carotidien* ou *plexus caverneux* ; il est ordinairement interne. L'expérience apprend que les vaso-moteurs auriculaires suivent, tantôt et en partie seulement le *nerf cervico-gassérien*, tantôt et c'est le cas le plus fréquent, le rameau d'origine du *plexus caverneux*. Partant de là, ils pénètrent l'oreille moyenne pour aborder l'oreille externe.

2° Il y a une seconde source de vaso-moteurs auriculaires dans le *nerf auriculo-cervical*. Il naît des 2° et 3° paires cervicales, fait partie du plexus cervical, suit l'artère auriculaire et gagne le pavillon de l'oreille. C'est un nerf sensitif et vaso-moteur, dont l'excitation fait contracter les vaisseaux de l'oreille comme le sympathique cervical chez le lapin. Chez le chien le résultat est variable, ce qui indique un mélange de fibres vaso-motrices opposées, en proportions variables. L'expérience prouve que ce nerf est une source vaso-motrice indépendante du sympathique. Il contient déjà des éléments vaso-constricteurs à sa sortie du trou de conjugaison.

DASTRE.

Recherches sur les nerfs vaso-moteurs de la rétine et en particulier sur le nerf trijumeau, par M. DOYON (*Archives de Physiologie*, p. 154 ; 1891).

Le sympathique cervical contient des vaso-dilatateurs pour la rétine. Il en existe venant d'ailleurs encore, qui prennent leur source dans le bulbe et suivent le trajet du trijumeau. Ces nerfs sont donc comparables à ceux que l'on connaît pour la région bucco-faciale. — Pour la

rétime, on n'observe que des effets de vaso-dilatation. Les vaso-constricteurs sont certainement mélangés à leurs antagonistes dans le cordon cervical, suivant la loi établie par Dastre et Morat. DASTRE.

Des rapports fonctionnels du cordon sympathique cervical avec l'épiderme et les glandes, par S. ARLOING (*Archives de Physiologie*, p. 460 ; 1891).

1° Le cordon cervical sympathique chez le bœuf et le chien renferme des nerfs vasculaires, des nerfs glandulaires excito-sécrétoires et freno-sécrétoires et des nerfs trophiques ; 2° ces derniers exercent leur action sur l'épithélium de revêtement et sur l'épithélium glandulaire du mufle chez le bœuf ; sur l'épithélium de revêtement chez le chien ; 3° les nerfs trophiques régissent à la fois les phénomènes d'exhalation et d'évolution qui se passent dans l'épithélium du mufle chez le chien ; 4° ces nerfs n'excluent pas la présence des nerfs glandulaires dans les organes de sécrétion différenciés ; 5° néanmoins la sécrétion spontanée est amoindrie par leur suppression ; 6° leur action est indépendante de celle des nerfs vasculaires et glandulaires ; 7° cette dernière règle l'évolution de l'épiderme ; 8° si on la supprime on observe soit une exagération du processus de kératinisation, soit un ralentissement de la desquamation. DASTRE.

Untersuchungen über die durch Muskelarbeit und Flüssigkeitsaufnahme bedingten Blutdrucksschwankungen (Recherches sur les modifications de la pression sanguine produites par le travail musculaire et l'absorption de liquide), par MAXIMOWITSCH et RIEDER (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVI, p. 329).

Un travail musculaire d'une durée de 3 à 5 minutes, amène chez les personnes saines une rapide élévation de la pression du sang, avec accélération des battements du cœur. Le retour à la normale a lieu, à l'état de repos, au bout de 20 à 30 minutes.

Dans certaines conditions pathologiques, il n'y a pas d'élévation de la pression sanguine sous l'influence du travail musculaire ; la pression peut même diminuer, en même temps il y a une dyspnée extrême, etc.

L'ingestion de liquide augmente la pression sanguine et la fréquence du pouls ; cette action est surtout marquée pour la bière, elle est de plus en plus faible pour les substances suivantes : vin, café, thé, cacao, eau.

Quand il y a en même temps travail musculaire et ingestion de liquide les deux effets s'ajoutent et l'élévation de la tension vasculaire et de la fréquence du pouls est plus marquée. Il faut tenir compte ici de la qualité et de la quantité du liquide absorbé et de l'idiosyncrasie de la personne examinée.

Certains médicaments, en particulier le nitrite d'amyle donné en inhalations, augmentent considérablement la pression sanguine.

A. MATHIEU.

Action de l'urée sur les parois des vaisseaux dans les différents territoires vasculaires, par A. CAVAZZANI et J. REBASTELLO (*Arch. ital. de biol.*, XV, p. 181, et *Archivio per le scienze med.*, XV, n° 1).

Abeles a annoncé que l'urée dans le sang rénal accélère la circulation et active la sécrétion : de même en est-il pour le sucre, le sel marin, les

sulfates, phosphates. A. Mosso (1875), avec le procédé de la circulation artificielle sur les reins extraits du corps, avait signalé des oscillations de la vitesse du courant. J. Munk (1887) a confirmé les résultats d'Abeles.

Les auteurs reprennent ces recherches, sous la direction de Stefani ; ils opèrent sur divers organes en disposant leur appareil de manière à passer sans arrêt de la circulation du sang normal à celle du sang chargé de substances diverses. Les conclusions sont les suivantes : L'urée exerce une action vaso-dilatatrice sur le rein, le cerveau, le foie, la peau. La grandeur de cette action pour les différents organes est représentée par les chiffres correspondants : 1.78 ; 1.37 ; 1.32 ; 1.20. — Elle est proportionnelle à la quantité d'urée entre 5/10000 et 1/1000. — Le ralentissement progressif de toute circulation artificielle est retardé par l'urée. — L'interruption temporaire de la circulation artificielle détermine, comme l'a vu Mosso, une dilatation considérable des vaisseaux. De même, on constate le ralentissement progressif du courant sanguin. Les reins laissés en place ne fournissent pas de sécrétion. Les reins extraits fournissent une sécrétion alcaline.

DASTRE.

Die motorischen Nerven der Portalvene (Des nerfs moteurs de la veine porte, par F. P. MALL (*Archiv für Physiologie*, p. 57, 1890).

L'aorte est liée immédiatement au-dessous du point où elle fournit la sous-clavière gauche, de manière à interrompre toute circulation du sang dans les organes abdominaux. L'excitation du splanchnique produit toujours chez l'animal ainsi préparé une contraction manifeste des parois de la veine porte : en même temps se produit une hausse de la pression sanguine artérielle dans l'avant-train de l'animal. Cette hausse de pression est due à l'afflux du sang veineux hépatique, qui se trouve chassé dans la direction du cœur par la contraction de la veine porte.

LÉON FREDERICQ.

Influence de la température sur l'ensemble de l'échange respiratoire, par R. ODDI (*Archives ital. de biologie*. XV, p. 223, et *Arch. per le scien. med.*, XIV, n° 17).

L'auteur se sert d'un appareil qui est une simplification de celui de Regnaud et Reiset, décrit dans un travail précédent. Il opère sur le rat. A mesure que la température s'élève, on constate que l'élimination de l'eau subit une diminution légère, ce qui est contraire à ce que l'on pourrait attendre. L'O consommé et CO² produit diminuent également. Le quotient respiratoire oscille irrégulièrement.

En résumé, l'activité des échanges matériels est en raison inverse de la température externe. Ce n'est pas une catégorie de substances alimentaires qui subit la variation : c'est l'ensemble.

DASTRE.

De la mesure des combustions respiratoires chez les mammifères, par Charles RICHET (*Archives de physiologie*, p. 74 ; 1891).

Ce mémoire contient des séries de déterminations relatives aux combustions respiratoires de divers animaux (production de CO²). En examinant les variations de CO² exhalé, par rapport à la surface du corps, on constate que la production de CO² par unité de surface varie seulement

entre deux nombres assez voisins : 1^{er}34 et 2^{es}25. On peut admettre une moyenne générale de 1^{er}75, exprimant le poids d'acide carbonique exhalé par heure pour 1,000 centimètres carrés de surface. Les animaux à fourrure épaisse produisent moins que ceux à peau nue : les animaux tranquilles moins que les animaux remuants : les petits animaux moins que les gros.

DASTRE.

Sur l'un des mécanismes du phénomène de Cheyne-Stokes, par E. WERTHEIMER

(*Archives de physiologie*, p. 172 ; 1891).

Parmi les effets de l'excitation du bout central du pneumo-gastrique, il faut compter les différentes variétés de la respiration périodique et le phénomène de Cheyne-Stokes. Ces effets sont obtenus avec les agents chimiques. Si cependant, chez un animal chloralisé, on excite le nerf par un courant induit, dont l'intensité reste constante, on peut, pendant le passage du courant, voir se surajouter à l'effet inhibitoire persistant, des variations successives de l'activité des centres respiratoires. Ces faits expérimentaux montrent que le phénomène de Cheyne-Stokes peut être dû à une inhibition incomplète de ces centres.

DASTRE.

Influence des pressions extérieures sur la ventilation pulmonaire, par

P. LANGLOIS et Ch. RICHET (*Archives de physiol.*, p. 1 ; 1891).

Pour une respiration facile, la pression à vaincre doit être à peu près nulle. Si l'on respire à travers une colonne de mercure, on est forcé de développer un effort. Les sujets les plus vigoureux ne peuvent soulever une colonne de 15 centimètres de mercure : à 5 centimètres la fatigue survient déjà vite : la pression de 2 centimètres est insupportable à la longue.

Les auteurs opèrent sur le chien. Ils mesurent d'abord la hauteur qui peut être franchie dans quelques respirations énergiques et la hauteur qui peut être franchie d'une manière régulière, permanente. Ces hauteurs mesurent la force de la respiration. Cette force respiratoire varie peu avec la température, l'hémorragie, la section des pneumogastriques. Elle diminue notablement avec l'hyperthermie, avec l'asphyxie. Elle n'est pas modifiée par la morphine. Avec le chloral, la force de l'inspiration est peu modifiée : la force de l'expiration est, au contraire, énormément amoindrie. — La ventilation (quantité de litres d'air introduite par kilogramme d'animal et par heure) est sensiblement de 25 chez le chien. Elle diminue avec la pression à vaincre. Chez les chiens morphinés, la ventilation est suffisante (c'est-à-dire qu'il n'y a point d'asphyxie) lorsqu'elle n'est que le quart de la ventilation normale. Il en est de même pour les chiens chloralisés.

DASTRE.

Die künstliche Verarmung der Leber an Glycogen (Diminution du glycogène hépatique provoqué artificiellement), par A. SLOSSE (*Archiv für Physiologie*, p. 162 ; 1890).

L'auteur constate une diminution notable de la quantité de glycogène contenue dans le foie des lapins auxquels il avait lié les artères intestinales de manière à arrêter à peu près complètement le renouvellement du sang dans le foie.

LÉON FREDERICQ.

Ueber Athmungscentren in der Hirnrinde (Centre respiratoire de l'écorce cérébrale), par PREOBRASCHENSKY (*Wien. klin. Wochenschrift*, n° 41 et 43; 1890).

Il est un point de l'écorce cérébrale dont l'excitation chez le chien amène l'arrêt des mouvements respiratoires en expiration. Cet arrêt persiste un certain nombre de secondes, environ la durée de 2 ou 3 respirations complètes et même davantage. Ce point, qui concorde avec celui que Unverricht avait déjà indiqué, se trouve au voisinage de la partie antérieure et latérale du sillon qui sépare la deuxième circonvolution frontale de la troisième. C'est en plaçant les électrodes sur ces deux circonvolutions que l'on obtient le mieux cet arrêt. Si l'on s'écarte de quelques millimètres du point d'élection, on n'obtient plus qu'un ralentissement de la respiration avec prolongation de la durée de la pause expiratoire. L'effet produit par l'excitation de ce centre est analogue aux modifications du rythme de la respiration sous l'influence de la volonté.

LEFLAIVE.

Recherches sur la fonction de certains muscles du larynx, par G. MASINI (*Archives italiennes de Biologie*, XIV, p. 106).

Voici les conclusions de ce travail : 1° Les excitations, de quelque nature qu'elles soient, quand elles agissent pendant un court espace de temps sur les nerfs récurrents, donnent lieu à une augmentation dans le pouvoir d'abduction des cordes ; 2° Si ces mêmes excitations agissent pendant un temps relativement long, mais non au point de produire la mort du nerf, on a constamment une contracture des cordes ; 3° Les muscles cricothyroïdiens et ary-aryténoïdiens fonctionnent comme tenseurs des cordes vocales, en même temps qu'ils diminuent l'ampleur de la cavité laryngienne.

DASTRE.

Erklärungsversuch über die Wirkung der ungeformten Fermente (Recherche pour éclaircir l'action des ferments non figurés), par L. de JAGER (*Centralbl. f. die med. Wissens.*, p. 49, 1890).

On admet aujourd'hui que l'activité des ferments solubles est en rapport avec leur composition. C'est une modification physique d'un composé déterminé, comme l'aimant est du fer physiquement modifié. Les enzymes ne possèdent aucune propriété chimique caractéristique : ils peuvent agir fermentativement sans être en contact direct avec le corps qui fermente. Des corps indifférents peuvent devenir des enzymes. Les analyses des enzymes (Flügge et Hoppe-Seyler) diffèrent considérablement les uns des autres, de même leurs réactions. Les méthodes de séparation donnent lieu à un mélange d'impuretés à l'enzyme obtenu et ne donnent point tout l'enzyme. La dialyse ne purifie point complètement le ferment, et d'ailleurs le laisse diffuser. Aucun liquide ne précipite les enzymes à l'exclusion des autres corps. L'alcool absolu permet d'obtenir après évaporation, une pyraline active. Von Wittich a observé que la pepsine dialyse lorsqu'il y a en dehors du dialyseur de la fibrine, fait qui s'explique par la transmission des vibrations de l'enzyme à la fibrine à travers l'eau. La même chose a lieu, selon Nægeli, pour les champignons de la fermentation des fruits qui agissent à travers la peau du fruit. En-

fin, selon l'auteur, des fragments de pancréas conservés dans la glycérine et rincés à l'eau plusieurs fois, confèrent à une eau dans laquelle ils ont séjourné 2 secondes la propriété de saccharifier l'amidon. Qu'on place l'un de ces fragments dans de l'éther surnageant une solution d'amidon, celui-ci sera saccharifié. De même, si le morceau est simplement suspendu dans l'air au dessus de la solution d'amidon. Ces faits, supposés établis, prouveraient, selon l'auteur, que l'action fermentative peut se propager à travers des milieux indifférents. La matière de l'enzyme peut subsister sans la propriété fermentative. La chaleur détruit la propriété sans détruire nécessairement la constitution chimique.

DASTRE.

I. — Einige Beobachtungen betreffend die Functionen der Leber-und Milzzellen (Fonctions des cellules hépatiques et spléniques), par N. HOFFMANN (*Inaug. Diss. Dorpat*, 1890).

II. — Ein Beitrag zur Function der Leberzellen (Cellules hépatiques), par J. KLEIN (*Inaug. Diss. Dorpat*, 1890).

I. — Les substances grasses ne jouent aucun rôle vis-à-vis des hydrates de carbone dans la fabrication des acides et des matières colorantes de la bile.

A. Schwartz a montré que les leucocytes et les cellules de la rate détruisent l'hémoglobine pendant les 24 premières heures et la reproduisent ensuite. C'est bien là une fonction qui appartient à la vie cellulaire. Les cellules spléniques réduites en bouillie peuvent bien détruire encore l'hémoglobine, mais elles ne peuvent plus la régénérer.

II. — On sait que les cellules hépatiques en présence d'un hydrate de carbone détruisent l'hémoglobine en formant une substance colorante très voisine de la bilirubine; en même temps la teneur des cellules en acides biliaires s'accroît. L'albumine du sérum peut jouer le rôle de l'hémoglobine, et le sucre de raisin favorise ces réactions plus énergiquement que le glycogène. C'est là une propriété purement chimique des cellules hépatiques, car elle persiste et semble même accrue lorsqu'elles sont détruites par trituration.

LEFLAIVE.

Il potere di assorbimento dello stomaco nell'uomo sano e negli infermi gastrici, par F. MATONI et A. FERRANNINI (*La Riforma medica*, 6, 7 et 8 novembre 1890).

Le pouvoir absorbant de l'estomac devient progressivement plus lent à mesure qu'on passe de la puberté et de l'adolescence à l'âge adulte; dans la vieillesse, il redevient plus rapide. Il est notablement plus considérable le matin à jeun que pendant la période de digestion. Dans quelques cas, il est très affaibli en l'absence de toute perturbation dans les fonctions gastro-intestinales. Il diminue notablement pendant la fièvre, pour redevenir normal, dès que la fièvre a disparu.

Le pouvoir absorbant de l'estomac est énormément diminué dans la gastrite chronique avec anachlorhydrie, associée ou non au carcinome; il est notablement diminué dans la gastrite chronique simple ou muqueuse, avec ou sans hyperchlorhydrie; il est normal, et quelquefois supérieur à la normale, dans les névroses gastriques avec hyperchlorhydrie ou

hypochlorhydrie; il est habituellement normal, quelquefois supérieur, rarement un peu inférieur à la normale dans les cas d'ulcère de l'estomac accompagné ou non d'hyperchlorhydrie.

GEORGES THIBIERGE.

Warum wird die Magenverdauung durch die Galle nicht aufgehoben (Pourquoi la présence de la bile dans l'estomac n'arrête-t-elle pas la digestion peptique ? par A. HERZEN (*Centralblatt f. Physiologie*, IV, p. 292; 1890).

La digestion peptique est arrêtée immédiatement *in vitro* par l'addition de bile, de même par celle de vin rouge (contenant du tannin). Dans l'estomac de l'homme vivant, la digestion peptique se poursuit malgré la présence de la bile ou du vin rouge en quantité notable. En ce qui concerne la bile, la continuation de la dissolution des albuminoïdes, notamment de l'albumine cuite peut s'expliquer de différentes façons. La muqueuse sécrète constamment de nouvelles quantités de pepsine : en outre, une partie de la pepsine échappe probablement à la précipitation. L'arrêt de la digestion *in vitro* peut tenir aussi à ce que la présence de la bile agissant à la surface des fragments de blanc d'œuf cuit, modifie cette surface et la rend inattaquable. Dans l'estomac, les aliments sont soumis à un brassage mécanique qui a pour effet de renouveler, d'aviver les surfaces des fragments de matériaux digestibles.

Dans tous les cas, l'explication proposée par M^{lle} Schipiloff ne paraît pas exacte. M^{lle} Schipiloff avait admis que la digestion peptique arrêtée par la présence de la bile, reprenait sous l'influence du ferment contenu dans le suc duodénal et provenant des glandes de Brünner. Ce ferment qui agit en solution acide, supporte la présence de la bile, tandis que l'action de la pepsine est immédiatement arrêtée *in vitro* par l'addition de bile. Herzen a constaté que le suc gastrique est trop acide pour que le ferment des glandes de Brünner puisse continuer à agir.

LÉON FREDERICQ.

Innervation der Magendrüsen beim Hunde (Innervation des glandes gastriques du chien), par J. PAWLOW et E. SCHUMOVA-SIMANOWSKAJA (*Centralblatt f. Physiologie*, III, p. 113).

On pratique chez le chien l'opération de la fistule gastrique; en outre on coupe l'œsophage en travers à la région moyenne du cou et on fixe les deux surfaces de section de l'œsophage dans les angles de la plaie cervicale. On attend que l'animal se soit remis des suites de l'opération.

Si l'on présente de la viande à un animal ainsi opéré, il la saisit et l'avale, mais les bouchées ne peuvent arriver à l'estomac et retombent au dehors par la plaie cervicale. Ce repas fictif provoque chaque fois une abondante sécrétion de suc gastrique très actif. La section des splanchniques laisse persister ce réflexe; la section des pneumogastriques (le droit est coupé en dessous du point d'émergence des rameaux cardiaques du récurrent; le gauche, à la région moyenne du cou) l'empêche; après la section des pneumogastriques, le mucus sécrété par l'estomac peut encore être acide, mais il semble avoir à peu près complètement perdu son pouvoir digestif. L'introduction de viande dans l'estomac ne provoque plus de sécrétion dans ce cas.

Enfin les auteurs ont obtenu par l'électrisation (un choc d'induction

toutes les deux secondes) du bout périphérique du pneumogastrique, la sécrétion d'un suc peu acide mais ayant une action digestive manifeste.

LÉON FREDERICQ.

Ueber den Einfluss körperlicher Bewegung auf die Magenverdauung (Influence des mouvements du corps sur la digestion gastrique), par STRENG (*Deutsche med. Woch.*, n° 2, p. 54, 1891).

Les mouvements du corps n'ont aucune influence sur l'activité gastrique; ils n'accélèrent pas la digestion, ils ne la retardent pas. L'auteur démontre ce fait dans deux séries d'expériences.

Des chiens reçoivent 25 grammes de viande avec 300 grammes d'eau chaude; au bout de trois heures, on vide l'estomac. Or, le contenu de l'estomac est invariablement le même, que l'animal soit resté au repos ou qu'il ait exécuté des mouvements énergiques; les réactions chimiques, le pouvoir digestif, rien ne se modifie.

Trois hommes prennent 200 grammes de viande, un petit pain, une assiette de bouillon, trois cuillerées de purée de pommes de terre; au bout de quatre heures et demie, on vide l'estomac à l'aide de la sonde. Les analyses répétées vingt-cinq fois montrent que l'influence de l'exercice (promenade, etc.) sur la digestion est absolument nulle; celle-ci s'accomplit toujours de la même manière que pendant le repos au lit.

L. GALLIARD.

Ueber eine neue Untersuchungsmethode der Verdauungsorgane und einige Resultate derselben, par SAHLI (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 3, p. 65, 1^{er} février 1891).

Sahli étudie le travail digestif de l'estomac à l'aide d'une méthode qu'il expose en détails et dont le principe repose sur l'introduction dans l'estomac de 2 décigrammes d'iodure de potassium renfermés dans une mince feuille de caoutchouc fermée hermétiquement à l'aide d'un filament de fibrine. Du temps qui est nécessaire pour que la réaction de l'iode devienne sensible dans la salive, on infère celui qu'il a fallu à l'estomac pour dissoudre la fibrine qui tenait l'iodure enfermé et pour résorber celui-ci.

Voici les principaux résultats des nombreuses expériences faites sur des hommes sains ou malades, par H. Henne sous la direction de Sahli. La constitution chimique du suc gastrique était connue chez tous; leur estomac à jeun était lavé avant de recevoir simultanément le repas d'épreuve d'Ewald (petit pain au lait et 400 grammes de thé non sucré) et la pilule d'iodure renfermée avec son enveloppe dans une capsule de gélatine. Le thé fut quelquefois remplacé par 200 centimètres cubes d'une solution chlorhydrique à 1 ou 2.5 pour mille avec pepsine, ou la même quantité d'une solution de soude au centième avec poudre de pancréas; une heure plus tard, le malade buvait encore la même quantité de l'une ou de l'autre.

La teneur du suc gastrique en acide chlorhydrique libre n'a pas sur la rapidité d'apparition de la réaction de l'iode l'influence exclusive que Sahli lui supposait et que Guenzburg (*R. S. M.*, XXXV, 538) admet; ce procédé d'exploration des fonctions stomacales ne saurait donc remplacer l'emploi de la sonde. Il est même des cas où la réaction dans la salive se

produit plus vite chez des individus ne présentant pas d'acide libre, ce qui ne peut s'expliquer que par le passage prompt de la pilule iodurée dans l'intestin.

Chez les malades dont le suc gastrique a perdu toute acidité, l'introduction dans l'estomac d'acide chlorhydrique à dose convenable et de pepsine, n'accélère pas constamment l'apparition de la réaction salivaire et parfois même la retarde. Il en est de même de l'introduction d'une solution sodique et de poudre de pancréas, préconisée jadis en thérapeutique par Sahli. Les recherches entreprises pour élucider ce point ont appris que ces diverses substances disparaissent promptement de l'estomac, soit par absorption, soit par passage dans l'intestin. J. B.

Einfluss d. Alc. auf die Magenverdauungs (Influence de l'alcool sur la digestion stomacale), par **WOLFFHARDT** (*Munch. med. Woch.*, n° 35, 2 septembre 1890).

L'alcool absolu, même à petites doses, ralentit la digestion. Il agit sur la digestion de la viande et des amylacés. Le cognac fort à 50°, à moyennes doses, pris pendant le repas, accélère la digestion de la viande et ralentit celle des amylacés. Pris pendant la digestion, il la ralentit. Le cognac à petites doses, 30 à 40 grammes, le vin rouge et blanc accélèrent la digestion.

P. TISSIER.

Ueber den Einfluss erhöhter Muskelthätigkeit... (De l'influence de l'activité musculaire sur la désassimilation des albuminoïdes chez l'homme), par **F. HIRSCHFELD** (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, Band CXXI, Heft 3).

Hirschfeld fit une série d'expériences sur lui-même (âge 23 ans, constitution vigoureuse) pour savoir si l'activité musculaire a une influence sur la désassimilation des albuminoïdes. En dosant la quantité d'albuminoïdes ingérée, ainsi que la quantité de produits azotés excrétée dans l'urine, il trouva que la proportion d'azote que renfermait l'urine était la même les jours où il restait au repos que les jours où il se livrait à des exercices musculaires.

Tel est le résultat auquel il arriva, lorsqu'il se nourrit abondamment de substances albuminoïdes aussi bien que dans les cas où il prit une nourriture pauvre en azote.

Il en est tout autrement lorsque l'alimentation est insuffisante : dans ces conditions, le travail musculaire très actif amène une augmentation dans la transformation, c'est-à-dire dans la désassimilation des substances albuminoïdes de l'organisme.

En résumé, qu'on ingère peu ou beaucoup de substances albuminoïdes, les produits azotés de l'urine ne subissent pas d'augmentation, à la condition que la quantité totale des aliments suffise à l'organisme. C'est seulement dans le cas où l'alimentation est insuffisante que le travail musculaire très actif amène une augmentation dans l'excrétion des produits azotés de l'urine. Il s'agit alors d'une désassimilation plus forte des substances albuminoïdes de l'organisme. ÉD. RETTERER.

Effet de la pepsine sur le suc pancréatique, par **GIRARD** (*Revue méd. Suisse romande*, X, 709, novembre 1890).

Un récent travail tend à prouver que la pepsine détruit le suc pancréatique, en annule tous les effets digestifs. Or, Girard a répété les

expériences de l'auteur de ce mémoire en se servant d'un chien muni d'une fistule stomacale, et en faisant convenablement agir, dans une étuve, les deux suc's gastrique et pancréatique, l'un sur l'autre. Il est ainsi arrivé à des résultats diamétralement opposés. Le suc pancréatique, après cette expérience, reste aussi actif à tous les égards que le suc fraï, il n'a perdu aucune de ses propriétés digestives. J. B.

Contribution à l'étude de la digestion des graisses, par A. DASTRE (*Archives de physiologie*, p. 183, 1891).

Quelle est l'influence de la bile sur la digestion des graisses ? A-t-elle une influence autre que celle de favoriser l'émulsion ? Intervient-elle dans la digestion de celles qui, comme le lait, sont déjà émulsionnées ? Quelle est l'influence comparative du suc pancréatique et de la bile dans leur absorption ? Telles sont les questions auxquelles répond ce travail.

1° On compare chez un chien à fistule biliaire complète, réalisée par la méthode spéciale à l'auteur, les matières grasses des ingesta à celles des égesta. Résultat : En l'absence de bile, la quantité de graisse résorbée a varié de 57 0/0 à 65 0/0 de la quantité ingérée. L'absence de bile est donc loin d'équivaloir à la diète des graisses. L'absence du suc pancréatique laisse l'absorption grasse à un taux de 65 à 80 0/0 ; l'absence de bile abaisse ce taux de 57 0/0 à 65 0/0. — La digestion des graisses sous forme d'émulsion naturelle (lait) peut parfaitement s'accomplir en l'absence du suc pancréatique (Abelmann) 72 0/0. — Elle peut s'accomplir aussi très notablement en l'absence de bile ; mais, cependant, moins facilement (62 0/0). La bile est plus essentielle que le suc pancréatique à l'absorption des graisses émulsionnées. La bile a donc, par rapport à la graisse, un autre rôle que l'émulsion.

2° L'auteur exécute le dosage des graisses recueillies au point de vue des graisses neutres, des savons alcalins, des acides gras. On n'a trouvé ni savons, ni acides gras, mais seulement des graisses neutres et des matières organiques solubles dans l'éther, non saponifiables.

Il semble donc qu'en l'absence de bile, la saponification des graisses neutres est empêchée : les savons ni les acides gras ne se maintiennent point dans le tube digestif. Les fèces ne rejettent que des graisses neutres.

DASTRE.

Élimination du fer par la bile, par A. DASTRE (*Archives de Physiologie*, p. 136, 1891).

L'auteur s'est proposé de connaître la grandeur de l'excrétion de fer par la bile, que l'on a considérée comme la voie principale d'élimination du fer organique. Il a repris cette question en se plaçant dans des conditions plus parfaites que ses prédécesseurs. Voici les résultats : 1. La proportion du fer dans la bile est très variable. En moyenne, 0.94 0/0 : mais les écarts sont très notables et peuvent atteindre les proportions du simple au triple. Ces variations ne dépendent pas seulement de la quantité d'eau, car elles apparaissent même pour les résidus secs ; — 2. L'excrétion du fer par la bile présente d'assez grandes irrégularités : d'un jour à l'autre, les variations peuvent atteindre du simple au double ou même davantage ; — 3. Ces irrégularités correspondant à une alimen-

tation régulière et exactement rationnée, il faut en conclure que le fer hépatique dépend moins des conditions alimentaires que du travail hématolytique ; — 4. La quantité moyenne de fer excrété par le foie est, chez le chien, de 0 millig. 09 par jour et par kilogramme d'animal ; — 5. La bile entraîne de l'organisme moins de fer qu'on ne l'indique généralement.

DASTRE.

I. — Le ferment glycolytique et la pathogénie du diabète, par R. LÉPINE (Paris, 1891).

II. — Sur le ferment glycolytique, par Maurice ARTHUS (Société de biologie, 8 mai 1891).

II. — Sur la question du ferment glycolytique, par LÉPINE et BARRAL (Soc. de biol., 25 avril 1891).

I. — Après avoir rappelé le nombre de théories proposées pour l'explication du diabète, et notre ignorance réelle de sa pathogénie, Lépine (avec la collaboration de Barral) annonce une théorie nouvelle, ou plutôt un fait nouveau. C'est à savoir que : dans le diabète, et, en général, dans les hyperglycémies et glycosuries même transitoires, il y a diminution du pouvoir glycolytique du sang.

Le sang, dosé immédiatement après sa sortie du vaisseau, et dosé une seconde fois une heure après, manifeste une perte de sucre, si on l'a conservé à la température de 39°. — La perte, chez le chien, s'est montrée variable entre 20 0/0 et 40 0/0 de la valeur initiale. Le pouvoir glycolytique varie de 20 à 40 0/0. La glycolyse était un fait signalé depuis Cl. Bernard. Sa marche était mal étudiée. Chez l'homme sain, le pouvoir glycolytique serait supérieur à 25 0/0.

Le pouvoir glycolytique du sang normal serait emprunté au pancréas. Chez le chien en digestion, la lymphe du canal thoracique et le sang de la veine porte possèdent un pouvoir glycolytique bien plus considérable que le sang artériel ou veineux général. Lépine suppose donc que la cellule pancréatique est physiologiquement bipolaire : par son extrémité interne elle déverse le *suc pancréatique* dans les conduits excréteurs : par sa base elle verse dans le sang veineux et la lymphe un ferment glycolytique.

Ce ferment serait fixé presque en entier dans les globules. Si l'on centrifuge, en effet, le sang, le dépôt globulaire détruit le sucre qu'on y ajoute : le sérum surnageant n'a point cette propriété. Si l'on remplace celui-ci par de l'eau salée, celle-ci prend le pouvoir glycolytique, le ferment glycolytique. — C'est particulièrement dans les globules blancs que résiderait ce ferment, car il existe dans le chyle et dans les parties du sang centrifugé les plus riches en globules blancs. Le pancréas ne serait pas la source exclusive du ferment. — Le ferment est au maximum d'activité au voisinage de 39° ; il se détruit à 55°.

Lépine et Barral appliquent ces notions au diabète. Il y a une diminution considérable du pouvoir glycolytique chez l'homme diabétique. On trouve 1,6 à 7 0/0 au lieu de 25 0/0. Chez le chien rendu diabétique par l'ablation du pancréas, on trouve 6 au lieu de 20 à 40 0/0. Dans le diabète, il y a donc diminution du ferment glycolytique (fait d'accord avec les altérations fréquentes du pancréas) et diminution de la des-

truction du sucre. Cependant l'auteur ne conteste pas l'existence d'une hyperproduction du sucre coexistant avec l'abaissement de la destruction.

II. — Arthus, en opérant à l'abri des micro-organismes, démontre que la glycolyse est bien une propriété du sang et que cette glycolyse pouvait être totale, en huit jours à 15°; après vingt-quatre heures à 40°. Elle est indépendante de la vie des globules, car elle se produit dans le sang laqué, dans le sérum privé de globules. La fibrine fixe l'agent glycolytique, comme l'ont vu von Wittich, Grützner pour les ferments digestifs, Gamgee pour le fibrin-ferment. Arthus se demande si le ferment glycolytique préexiste dans le sang circulant, ou s'il se forme en dehors des vaisseaux. Il remarque que ce ferment n'existe pas dans les transsudats, où le sucre ne se détruit pas (à moins qu'on n'y ajoute du sang qui le contient). Le ferment n'est pas en solution dans le plasma. L'étude de la destruction du sucre dans le sang défibriné en fonction du temps, montre que la glycolyse est nulle à l'origine, qu'elle croît rapidement, puis devient moins active, c'est-à-dire que le ferment glycolytique s'y forme petit à petit.

Le sang fluoré (2 millièmes de fluorure) conserve son sucre. L'action du ferment est entravée par la présence du fluorure.

Le sang ne détruit pas son sucre dans les vaisseaux : le sang de cheval conserve dans la jugulaire sa richesse en sucre. Le ferment glycolytique ne préexiste donc point dans le sang. Il se forme successivement aux dépens des globules blancs. L'addition d'eau favorise la production du ferment. En résumé, la glycolyse est un phénomène de même nature que la coagulation, se produisant hors des vaisseaux; c'est un phénomène cadavérique, un peu postérieur d'ailleurs à la coagulation. Enfin l'auteur fait observer que le pouvoir glycolytique est d'autant plus petit que le sang contient plus de sucre. En résumé, la théorie du diabète pancréatique proposée par Lépine serait inexacte.

III. — Lépine et Barral répondent à l'argument relatif à la lenteur d'apparition de la glycolyse, que la destruction du sucre dans le sang résulte de la superposition de deux effets : la glycolyse et la glycogénie hématique, c'est-à-dire la formation du sucre dans le sang au moyen du glycogène qui y est contenu, que si l'on fait disparaître ce glycogène par l' inanition, alors la glycolyse est plus grande dans les premiers moments qui suivent l'extraction du sang. DASTRE.

Die Athemgrösse des Darms und seiner Drüsen (Valeur des échanges respiratoires de l'intestin et des glandes digestives), par A. SLOSSE (*Archiv für Physiologie*, p. 164, 1890).

La consommation d'oxygène et la production de CO² subissent une diminution notable chez les lapins auxquels on lie les artères se rendant à l'intestin. Cette diminution est considérable et s'accroît à partir du moment de la ligature des artères jusqu'à celui de la mort de l'animal : on ne peut admettre qu'elle corresponde à la suppression des échanges gazeux dont l'intestin et ses glandes étaient le siège.

Reste l'hypothèse d'après laquelle l'intestin ou ses glandes fabrique-

raient normalement une substance qui serait reprise par le sang et qui aurait pour fonction d'exciter dans tous les organes du corps le processus de la combustion organique.

LÉON FREDERICQ.

I. — Ueber motorische Störungen nach Verletzungen der Bogengänge (Sur les troubles moteurs consécutifs aux lésions des canaux semi-circulaires), par J. R. EWALD (*Centralbl. f. d. med. Wiss.*, p. 114 et 130, 1890).

II. — Die Abhängigkeit des galvanischen Schwindels vom inneren Ohr (Dépendance du vertige galvanique de l'oreille interne), par R. EWALD (*Ibidem*, p. 753, 1890).

I. — A la suite de la destruction unilatérale des canaux semi-circulaires, on observe chez les pigeons des troubles de la motilité limités à la moitié correspondante du corps. Il faut des impulsions motrices plus énergiques pour provoquer de ce côté des mouvements volontaires ; la force de ces mouvements a subi une diminution notable. L'auteur admet que le labyrinthe est normalement le point de départ d'excitations sensibles toniques, dont la suppression cause un préjudice au fonctionnement normal des muscles volontaires.

L. F.

II. — Lorsque l'on fixe les électrodes d'une pile dans les conduits auditifs externes et qu'on fait passer le courant, on observe chez l'homme, le chien, le lapin, le pigeon les mêmes phénomènes. A la fermeture du courant la tête s'incline du côté où est le pôle positif. L'auteur a réussi à enlever, chez les pigeons, toute l'oreille interne sans provoquer de lésions de voisinage, ni d'hémorragies. Si l'on répète l'épreuve du vertige électrique, on constate qu'il ne se produit plus du côté où l'oreille interne a été enlevée. Le vertige électrique se produit donc par suite de l'excitation de l'oreille interne. L'oreille excitée est celle où est fixé le pôle négatif, et cette excitation provoque un mouvement d'inclinaison et de rotation en spirale du côté qui n'est point excité.

DASTRE.

Zur intrauterinen medamentösen Therapie, par FALK (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 45, p. 1035, 10 novembre 1890).

En dehors de l'état puerpéral, la muqueuse utérine intacte absorbe très facilement ; parfois, F. a pu déceler l'iode dans l'urine cinquante minutes après l'introduction d'un crayon à l'iodure de potassium.

La faculté d'absorption du vagin est infiniment plus lente ; la glycérine iodée employée en tampons, est résorbée moins rapidement par la muqueuse vaginale qu'une pommade iodurée au même titre.

Enfin, la muqueuse normale de la portion vaginale de l'utérus paraît n'avoir aucun pouvoir absorbant.

J. B.

CHIMIE MÉDICALE.

Ueber den flüssigen Zustand des Blutes im Organismus (De l'état fluide du sang dans l'organisme), par Alexander SCHMIDT (*Centralblatt f. Physiologie*, IV, p. 257, 1890).

Le fibrine ferment naît de toutes les espèces de protoplasma, même végétal. Les globules rouges se comportent à cet égard comme toute autre cellule. La coagulation de la fibrine est une fonction cellulaire. Les dérivés azotés de l'activité cellulaire (glycine, tannine, leucine, tyrosine, guanine, xanthine, hypoxanthine, acide urique, lécithine, chlorhydrate de choline, protagon), agissent de même sur le plasma sanguin du cheval filtré. L'extrait alcoolique des cellules, qu'il soit ou non soluble dans l'eau, est également actif. L'extrait non soluble dans l'alcool empêche la fermentation coagulatrice. Ce corps a reçu le nom de cytoglobine. Il se détruit en fournissant de la préglobuline. A l'intérieur du corps vivant la fonction inhibitoire l'emporte sur l'action excitatrice. La substance fibrinogène est en rapport avec la cytoglobine. Les globulines sont l'albumine organique et la fibrine est un dérivé des cellules, amorphe.

DASTRE.

Ueber das Verhältniss der Oedeme zum Hämoglobingehalt des Blutes (Relations de l'œdème et de la richesse du sang en hémoglobine), par Dyonis BENCZUR et Aug. CSATARY (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVI, p. 478).

Les auteurs concluent de leurs recherches qu'il n'y a pas de relation entre l'abondance des œdèmes et la richesse du sang en hémoglobine, c'est-à-dire, en somme, la concentration du sang chez les brightiques. L'œdème, en d'autres termes, n'est pas en proportion avec l'hydrémie.

Par des injections de pilocarpine, on peut faire perdre aux malades 11, 15 et 17 kilogrammes de leur poids sans que la richesse du sang varie. L'augmentation de la proportion d'hémoglobine ne dépasse pas 4 à 5 heures.

La richesse du sang en hémoglobine s'abaisse lorsque la nutrition générale devient insuffisante.

Chez des malades atteints d'anasarque, mais non brightiques, la polyurie peut être précédée d'un épaississement ou, au contraire, d'une dilution du sang. Lorsque la polyurie est obtenue par l'action de la digitale ou du strophantus, il y a épaississement du sang avant que ne se montre la polyurie. Lorsque la polyurie s'est produite après l'administration du calomel, ou à la suite de la ponction d'une ascite considérable, il y a eu, au contraire, dilution du sang. Cette pléthore hydrémique indiquerait une action du calomel sur les parois vasculaires.

A. M.

Ueber die Bestimmung des Zuckers im Blut (Sur le dosage du sucre dans le sang), par F. ROHMANN (*Centralblatt f. Physiologie*, IV, p. 12).

Comme Schenk l'a montré, si l'on ajoute une quantité connue de glucose à du sang ou à une solution d'albumine, et que l'on dose ultérieurement ce sucre dans l'extrait aqueux provenant du sang soumis à l'ébullition en présence du tiers de son volume de solution saturée de sulfate de sodium, on retrouve toujours au titrage trop peu de sucre. Une partie du sucre reste dans le coagulum emprisonnée mécaniquement ou combinée avec l'albumine (opinion de Schenk) : on peut l'en extraire par des lavages à l'acide chlorhydrique dilué. LÉON FREDERICQ.

Un procédé clinique de détermination quantitative des peptones dans le suc gastrique, par K. POURITZ (*Vratch*, 3, 1891).

Deux causes d'erreur nuisent à la précision du dosage des peptones dans le suc gastrique : la précipitation incomplète des albuminoïdes et le peu de fidélité des réactions colorantes (du biuret) qui exigent une estimation purement subjective. L'auteur propose, pour se débarrasser des albuminoïdes, l'acide trichloracétique qui lui a toujours donné une précipitation absolue. Il recherche ensuite les peptones par le dosage de l'azote, d'après une des méthodes usuelles.

Voici comment il procède. A dix centimètres cubes de suc gastrique, il ajoute quelques cristaux d'acide trichloracétique ou quelques gouttes d'une solution concentrée ; un léger excès est indispensable. Il filtre, porte à l'ébullition, refroidit brusquement dans un courant d'eau froide, filtre une deuxième fois. Le liquide parfaitement pur de substances albuminoïdes et ne contenant que les peptones est alors dosé pour l'azote.

DE KERVILLY.

Ueber Zersetzungsproducte des Eiweisses und ihre Beziehung zur Farbstoffbildung im Thierkörper (Des produits de décomposition de l'albumine et de leurs rapports avec la formation de matières colorantes dans l'organisme animal), par M. NENCKI (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 23, p. 755, 1^{er} décembre 1890).

Il résulte des recherches de Nencki sur les produits de la fermentation de l'albumine, que la molécule d'albumine contient en fait 3 groupes aromatiques, à savoir, ceux de la tyrosine, de l'acide phénylamidopropionique et du scatol. La gélatine se distingue de l'albumine en ce qu'elle ne contient qu'un seul groupe aromatique, celui de l'acide amidophénylpropionique. L'acide scatolacétique représente le dérivé le plus riche en carbone du groupe du scatol ; mais il est certain que cet acide est lui-même le produit du dédoublement d'une molécule plus complexe, dans la fermentation de l'albumine. Nencki est disposé à admettre que cette molécule complexe est une substance qui prend naissance pendant la digestion pancréatique de l'albumine et qui est caractérisée par ce qu'elle forme avec le brome un produit de substitution qui est une matière colorante violette. Ce corps a été analysé par Stadelmann, qui lui a trouvé la composition suivante : H=5,28, O=11,01, Az=10,99, Br=19,93, S=3,77, C=49 ; d'où, par calcul, la composition du corps débarrassé de brome : H=6,89, O=13,71, Az=13,68, S=4,69, C=61,02. Cette richesse

en carbone rend plausible l'existence d'un groupe aromatique. Ce corps est également remarquable par sa teneur en soufre.

Nencki considère que le produit de substitution avec le brome représente, dans la molécule d'albumine, le groupe chromogène, et il pense que c'est lui qui forme les nombreuses matières colorantes du règne animal, telles que celles des poils et du plumage des oiseaux. Il est possible aussi que cette substance serve à la production de la matière colorante du sang, à la suite d'un dédoublement de son soufre. Le soufre de l'albumine peut se présenter sous cinq formes différentes : hydrogène sulfuré, cystine, taurine, acide sulfocyanique et méthylmercaptan. Le méthylmercaptan est un corps gazeux faisant partie des gaz du gros intestin chez l'homme; c'est lui qui donne à l'urine l'odeur désagréable bien connue, quand on a mangé des asperges.

J. B.

Die Verdauungsproducte des Leims (Les produits de digestion de la gélatine), par Ferd. KLUG (*Centralblatt für Physiologie*, IV, p. 189).

La *gélatine* se dissout dans le suc gastrique en laissant environ 5 0/0 de résidu insoluble que l'auteur appelle *apoglutin*. La partie dissoute se transforme d'abord en un produit analogue à la propeptone ou albumose : la *glutose*. La glutose se transforme ultérieurement en peptone de gélatine ou *glutino-peptone* sous l'influence du suc gastrique ou du suc pancréatique.

LÉON FREDERICQ.

Ueber die Wirkungsweise der Gerinnungsfermente (Sur le mode d'action des ferments coagulants), par J. LATSCHENBERGER (*Centralblatt f. Physiologie*, IV, p. 3).

Fick a décrit des expériences tendant à prouver que dans la coagulation de la caséine par la présure, il n'est pas nécessaire que chaque molécule de caséine soit strictement en contact avec le ferment. La fermentation, une fois mise en train dans une partie du lait, se propagerait de molécule de caséine en molécule de caséine sans intervention directe du ferment de la présure.

Latschenberger montre au contraire que si l'on met en contact dans un tube en U une colonne de liquide coagulable (plasma sanguin ou lait) et une colonne de ferment (solution de ferment de la fibrine ou présure), en ayant soin d'éviter le mélange des deux liquides, la coagulation ne se produit au début qu'à la surface de séparation des deux liquides : elle progresse ensuite fort lentement, mettant plusieurs heures à envahir une épaisseur de quelques millimètres. La diffusion du ferment dans la solution coagulable explique suffisamment cette coagulation sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'hypothèse de Fick.

LÉON FREDERICQ.

I. — Ueber eine neue Methode zur approximativen Bestimmung des Albumins im Urin (Sur une nouvelle méthode de dosage de l'albumine dans l'urine), par A. CHRISTENSEN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, Band CXV, Heft 1).

II. — Die neueren Methoden der quantitativen Eiweissbestimmung im Harn (Dosage de l'albumine dans l'urine), par Theodor GEISLER (*Berliner klinische Wochenschrift*, XXVI, n° 51, p. 1111).

I. — La méthode de Christensen consiste essentiellement à précipiter l'albumine de l'urine par une solution diluée d'acide tannique. Le préci-

pité est repris par une solution de gomme arabique dans une quantité déterminée d'eau, de sorte qu'on obtient une émulsion, restant homogène pendant quelque temps comme du lait dilué. On détermine ensuite la proportion d'albumine que renferme cette émulsion, en tenant compte de ce fait que l'émulsion se trouble en raison inverse de sa richesse en albumine.

Cette méthode exige un appareil spécial qui se compose : 1° d'une sorte de burette graduée; 2° d'un verre cylindrique d'un diamètre de 4 centimètres.

La méthode de Christensen permet de faire le dosage de l'albumine dans l'urine dans l'espace de 12 à 15 minutes. ED. RETTERER.

II. — Geisler a fait des dosages comparatifs à l'aide des pesées, ainsi que des albuminimètres d'Esbach (*R. S. M.*, IV, 81) et de Christensen. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La méthode d'Esbach, en raison de sa simplicité et de son exactitude suffisante, répond parfaitement aux besoins de la clinique.

2° Lorsque la proportion d'albumine dépasse sept pour mille, pour avoir des résultats plus exacts, il faut pratiquer les dosages sur de l'urine diluée et ne pas se servir de l'albuminimètre à 12 divisions.

3° L'albuminimètre de Christensen, bien que moins exact, est encore parfaitement utilisable pour doser approximativement l'albumine dans l'urine.

4° La méthode de Christensen donne aussi des résultats d'autant plus exacts qu'il y a moins d'albumine dans l'urine ; c'est pourquoi il faudra également diluer au préalable les urines trop albumineuses.

5° Un grand avantage de la méthode de Christensen, c'est sa rapidité d'exécution (10 minutes), tandis qu'il faut attendre 24 heures pour connaître les résultats de celle d'Esbach. J. B.

Ueber die Ausscheidung der Ätherschwefelsäuren bei Nierenentzündung und Icterus (Excrétion des acides sulfoconjugués dans la néphrite et l'ictère), par **BIERNACKI** (*Centrbl. f. med. Wissenschaften*, n° 49 et 50, 1890).

Les acides sulfoconjugués, dont le plus important est l'acide indoxyl-sulfurique ou indican, peuvent servir à apprécier l'intensité des putréfactions intestinales, qui leur donnent presque exclusivement naissance.

L'action du suc gastrique contribue à limiter ces fermentations. Aussi dans les néphrites, alors que l'acide chlorhydrique libre disparaît, il en résulte une augmentation de l'excrétion des acides sulfoconjugués; elle est au moins doublée. L'acide chlorhydrique ajouté à l'alimentation a un effet opposé.

La bile joue aussi le rôle d'antiputride intestinal. En cas d'ictère, les acides sulfoconjugués se retrouvent en très grande abondance dans les urines tant qu'il y a obstacle au cours de la bile. Ils reviennent à la quantité normale dès que les matières fécales reprennent leur coloration.

Le calomel à la dose quotidienne de 0^{gr},3 à 0^{gr},5, n'a eu aucune influence sur l'excrétion des acides sulfoconjugués pendant l'ictère. Il ne s'oppose donc pas aux putréfactions intestinales. LEFLAIVE.

Ueber den Begriff der freien und gebundenen Salzsäure im Magensaft (Sur la conception de l'acide chlorhydrique libre ou combiné du suc gastrique), par E. SALKOWSKI et M. KUMAGAWA (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol.* Band CXXII, Heft 2).

Lorsque l'acide chlorhydrique a un pouvoir digestif et qu'il renferme en solution tant de leucine ou d'un autre acide amidé, qu'on peut regarder le mélange comme une solution de leucine chlorhydrique, ce mélange contient de l'acide chlorhydrique libre au point de vue chimique. Physiologiquement, ce liquide exerce une action digestive. Les méthodes de dosage qui démontrent que l'acide est libre, sont toutes bonnes : telle est la méthode de dosage par liqueur titrée, la méthode de la cinchonine de Cahn, Hering et celle de Sjöquist. Toutes démontrent la présence de l'acide chlorhydrique libre. Quant aux réactions qualitatives, celle du violet de méthyle donne de bons résultats, si l'on tient compte de ce fait que la leucine qui renferme de l'acide chlorhydrique prend une couleur bleue avec une nuance violette.

L'acide chlorhydrique combiné à des bases organiques à réaction alcaline, telles que la quinine, donne une réaction neutre ou faiblement alcaline. Une telle solution n'a pas d'effet digestif ; par le dosage, on peut s'assurer que l'acide chlorhydrique est combiné et non libre.

L'acide chlorhydrique qui renferme la quantité de quinine suffisante pour que la moitié de l'acide chlorhydrique soit combinée à la quinine n'a pas non plus d'action digestive ; il est par suite inactif au point de vue physiologique, bien qu'une partie de l'acide soit libre au point de vue chimique. Toute méthode qui, dans ces conditions, démontre la présence d'un acide libre, est défectueuse.

ED. RETTERER.

Ueber die Harnstoffbildung der Haiische (Formation de l'urée chez les séla-ciens, par V. SCHRÖDER (*Zeitschrift für physiol. Chemie*, XIV, p. 573).

Stöedeler et Frereichs (1858) ont trouvé des quantités notables d'urée dans tous les organes des squales et des raies. Ce résultat remarquable est vérifié par Schröder. Il trouve que le sang, tissu de beaucoup le plus riche, contient 2.6 0/0 d'urée, c'est-à-dire cinquante fois plus que celui du chien. Le muscle contient en moyenne 1.95 0/0. Le foie vient en troisième ligne, ou quelquefois avant le muscle. — L'extirpation du foie n'a pas d'influence sur la teneur en urée du muscle. — La richesse de tous ces organes en urée dépend de la paresse du rein à l'éliminer.

DASTRE.

Ueber die Einwirkung organischer Säuren... (De l'action des acides organiques sur la transformation de l'amidon au moyen de la salive), par O. JOHN (*Archiv f. patholog. Anat.*, Band CXXII, Heft 2).

Des quantités très faibles et variables selon l'acide employé (acétique, formique, oxalique, etc.) n'arrêtent pas la transformation en sucre que subit l'amidon par l'action de la salive. L'acide à dose faible est neutralisé en se combinant aux bases. Ce fait explique l'observation connue dès longtemps, à savoir, que la salive possède un pouvoir saccharifiant plus notable, lorsqu'on la neutralise et qu'on fait disparaître sa réaction naturelle qui est alcaline.

La présence de minimes quantités d'un acide libre empêche, par contre, l'action de la salive sur l'amidon. Il est à noter, à cet égard, que l'acide oxalique possède l'influence d'arrêt la plus considérable, tandis que le vinaigre a le moins d'action sur cet arrêt de la transformation de l'amidon en sucre sous l'influence de la salive.

ED. RETTERER.

Eine Modification der Phenylhydrazinprobe auf Zucker (Réaction de la phénylhydrazine sur le sucre), par W. HAVELBURG (*Centrbl. f. klin. Med.*, n° 5, 1891).

On met dans une éprouvette deux pincées de chlorhydrate de phénylhydrazine et trois d'acétate de soude; on remplit d'eau à moitié, et après avoir chauffé un peu, on ajoute un égal volume d'urine. Puis on agite après addition de chloroforme. Au bout de quelque temps il se dépose à la surface du chloroforme une couche qui contient des cristaux jaune canari, très aisés à distinguer. Cette réaction se produit nettement même lorsque le sucre est en trop petite quantité pour être décelé par la liqueur de Fehling.

LEFLAIVE.

Ueber das Indigoroth (Indirubin), par Heinrich ROSIN (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 53, p. 1201, 22 décembre 1890).

Les recherches de Rosin l'ont amené à reconnaître que le rouge de ces urines était dû au rouge d'indigo, et que ce dernier était identique non seulement au rouge d'indigo des végétaux, mais aussi au rouge d'indigo artificiel.

Le rouge d'indigo est insoluble dans l'eau, froide ou chaude, dans les acides minéraux étendus, dans les alcalis, la benzine et l'éther de pétrole; il est le plus soluble dans le chloroforme et l'acide acétique concentré, puis dans l'alcool, l'éther, le sulfure de carbone, les carbures d'hydrogène, les essences éthérées et grasses (en le chauffant), le phénol, l'aniline. La couleur de ses solutions ressemble à la fuchsine et est d'un rouge pourpre brillant. Il cristallise sous forme d'aiguilles ou de lamelles rhombiques, rouge noir, à éclat métallique de cuivre. Par une rapide évaporation, on peut l'obtenir amorphe, d'une couleur rouge cerise; son poids spécifique est très faible. Avec l'acide sulfurique concentré, il forme, comme le bleu d'indigo, une combinaison acide donnant avec les alcalis des sels peu stables. Par réduction avec le sucre de raisin en solution alcaline, il se transforme en un corps incolore, le blanc d'indirubine, qui, par agitation à l'air ou acidification, redonne de l'indirubine. Par réduction plus énergique (ébullition avec poudre de zinc et acide acétique), il forme de l'indileucine. Par oxydation avec l'acide nitrique, il donne, lentement à froid, plus rapidement à chaud, de l'isatine. Il est détruit par ébullition prolongée avec les alcalis caustiques. Au spectroscope, il fournit une bande d'absorption dans le vert.

La méthode la plus commode pour le préparer est celle que donne la réaction rouge vineux de Rosenbach: traitement de l'urine par l'acide nitrique à chaud. Le rouge d'indigo étant un dérivé de l'indol, ce sont les urines riches en composés d'indoxyle qui en contiennent le plus. Ce sont presque toujours des urines morbides qui donnent en même temps, mais moins souvent, la réaction rouge de Rosenbach. A l'état normal,

l'urine de cheval en renferme beaucoup. Le rouge d'indigo est identique à l'urorhodine et à l'urorubine. Il n'a rien à faire avec les matières colorantes du scatol, qui n'ont d'ailleurs jamais été signalées d'une façon certaine dans l'urine. En revanche, on peut facilement le confondre avec l'uroroséine de Nencki et Sieber, ainsi qu'avec la teinte rouge cerise que prend la matière jaune normale de l'urine chauffée avec des acides. Pour savoir s'il s'agit du rouge d'indigo, il suffit d'additionner l'urine de carbonate de soude et de l'agiter avec de l'éther ; si elle prend une couleur rouge cramoisi, c'est du rouge d'indigo. En effet, ni l'uroroséine, ni la teinte rouge de la matière colorante jaune de l'urine ne sont captées par l'éther, et en outre le carbonate de soude les décolore.

Par sublimation, le bleu d'indigo se transforme partiellement en rouge d'indigo, tandis qu'une autre partie se transforme en matières brunes. (*R. S. M.*, XXXIV, 443.)

J. B.

Recherches chimiques et physiologiques sur les cristaux contenus dans le noyau des cellules hépatiques, par V. GRANDIS (*Archives italiennes de Biologie*, XIV, p. 384, et *Rendiconti della R. Accademie dei Lincei*, VI, 6 et 7).

L'auteur a trouvé dans les noyaux des cellules hépatiques (chez des chiens vieux) des cristaux particuliers. Ils restent inaltérés lorsque l'on traite la bouillie du foie par une solution de Na Cl à 10 0/0 ou de phosphate de sodium également à 10 0/0. Ils ne sont donc point formés d'albuminoïde ou de nucléine. Si on traite ces résidus par l'éther, les cristaux restent suspendus dans la couche d'eau sous-jacente. Ils sont insolubles dans les alcalis dilués et dans l'alcool, et solubles dans les alcalis concentrés et dans les acides (acide acétique à 50 0/0). Des traitements appropriés ont permis d'isoler ce corps qui est une nouvelle base, isomère de la neuridine, la gérontine. La quantité de phosphate est plus abondante dans les foies qui contiennent ces cristaux que dans les foies qui en sont privés. La base existerait donc à l'état de phosphate. La quantité de produits provenant de la décomposition de la nucléine est augmentée.

DASTRE.

Ueber das Verhalten der Milch zum Guajakharz (Manière dont le lait se comporte en présence de la résine de gaïac), par N. KOWALEWSKY (*Centralbl. f. medicin. Wissensch.*, p. 145, 1890).

La teinture de gaïac sert à apprécier l'oxydabilité de diverses substances, les unes qui l'oxydent directement, les autres indirectement en lui communiquant une couleur bleue caractéristique. — Le lait et le pus l'oxydent directement. Le moyen a été employé pour déceler le pus dans l'urine. — Le sang est un oxydant indirect en présence de l'essence de térébenthine ; et ce moyen, utilisé en médecine légale sous le nom d'épreuve de Van Deen, a été étudié en détail par E. v. Brücke (1889). — On dit aussi que lait oxyde directement la teinture de gaïac (E. Klebs. 1868, C. Arnold 1881). L'auteur conteste la constance de cette réaction, qui se produit rarement avec du lait frais, et avec de la teinture de gaïac longtemps exposée à la lumière. — Au contraire, l'action en présence de l'essence de térébenthine est si constante et si prononcée qu'elle ne le cède point à la réaction de Van Deen pour le sang. La réaction réussit

quel que soit le lait ; la couleur bleue se maintient quelque temps et disparaît lentement (après une heure) en commençant par la surface. On peut avoir trois couches, lait au fond, essence de térébenthine au milieu, teinture de gaïac en haut : la couleur apparaît à la surface du lait et s'étend progressivement vers le bas. — La réaction est due, non à la graisse, non plus à la caséine, mais à la lacto-albumine et à la lacto-globuline. L'ébullition fait disparaître la réaction en modifiant ces deux substances.

DASTRE.

Untersuchungen über Choleratoxine, par Hermann SCHOLL (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 41, p. 933, 13 octobre 1890).

La peptone toxique préparée par Scholl aux dépens de l'albumine pure (œufs stérilisés) décomposée par les bactéries du choléra, à l'abri de l'air, est manifestement différente de la toxopeptone de Petri qui ne se décompose pas à l'ébullition, tandis que, dans les mêmes conditions, la peptone de Scholl perd toute activité.

La peptotoxine cholérique de Scholl présente des propriétés beaucoup plus toxiques et plus caractéristiques que les toxines préparées par Brieger et par Petri, aux dépens de solutions de peptones exposées à l'air ; en effet, avec la peptotoxine cholérique fournie par l'inoculation d'un seul œuf, Scholl a pu tuer 10 cobayes, au milieu de phénomènes paralytiques aigus, dans l'espace de dix minutes.

Le fait déjà prouvé par Hueppe et par Wood que, quand on exclut l'action de l'air, les bactéries cholériques produisent des toxines plus nombreuses et plus énergiques, reçoit une nouvelle confirmation des expériences de Scholl qui réfutent du même coup l'assertion contraire de Petri.

J. B.

Ueber Indol-und Phenolbildung durch Bacterien (La formation d'indol et de phénol par les bactéries), par LEWANDOWSKY (*Deutsche med. Woch.*, n° 51, p. 1186, 1890).

Kitasato et Weyl ont constaté dans les cultures de bacille du tétanos faites dans le bouillon de Koch de l'indol et du phénol. La production de ces corps n'est pas une fonction spécifique du bacillus tetani ; l'auteur montre qu'elle appartient également à neuf autres microbes, parmi lesquels il faut citer ceux du choléra des poules, de la septicémie de la souris, le bacille de la pomme de terre, etc.

Parmi les dix-huit microbes qui ne fabriquent ni indol ni phénol, citons ceux de la fièvre typhoïde, du charbon, les staphylocoques, les pneumocoques et même le bacille du rouget du porc qui est cependant, au point de vue morphologique, si rapproché du microcoque du choléra des poules.

Il y a six microbes qui fabriquent uniquement de l'indol, sans phénol : ceux du choléra, de Metschnikow, de Finckler, de Deneke, d'Emmerich, de Brieger.

Il n'y en a pas un seul qui fabrique du phénol isolément, sans indol.

L. GALLIARD.

Ueber die Einwirkung der Bacillen des malignen Oedems auf Kohlehydrate (Action du bacille de l'œdème malin sur les hydrates de carbone), par R. KERRY et S. FRAENKEL (*Monatshefte für Chemie*, XI, p. 268).

En cultivant le bacille de l'œdème malin sur un liquide renfermant : eau, 3,000 grammes; dextrose, 150 grammes; peptone, 7^{gr},5; extrait de viande de Kemmerich, 15 grammes; carbonate de calcium, 75 grammes, les auteurs ont observé la formation d'alcool éthylique, d'acide butyrique, d'acide oxalique et d'acide lactique de fermentation.

Le ferment est sans action sur le paralactate de sodium. AD. F.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

. — *Conservirung d. Kerntheilungsfiguren. Ueber die Bethheiligung d. Leucocyt. an d. Neubild. d. Bindegewebe* (Sur la conservation des figures karyokinétiques. — Sur la participation des leucocytes dans la production des néoplasies du tissu conjonctif), par RIBBERT (*Centralbl. f. allg. Path.*, n° 21, 1^{er} octobre 1890).

II. — *Ueber d. Herkunft d. in Entzündungsherde auftretende...* (Sur la provenance des éléments lymphoïdes dans les foyers inflammatoires), par P. BAUMGARTEN (*Ibidem*, n° 24, 15 novembre 1890).

I. — 1° Parmi les figures karyokinétiques, après la mort, les unes, et c'est la plus petite partie, continuent à se développer vraisemblablement d'une façon atypique, les autres présentent des modifications régressives pendant les 24 heures qui suivent la mort. Elles doivent donc être fixées le plus tôt possible.

2° L'étude de la régénération des ganglions lymphatiques et la comparaison de ce processus avec celui des néoformations conjonctives fait penser que le tissu de granulations provient du réticulum, compris entre les vaisseaux néoformés, réticulum constitué par des cellules d'abord riches en protoplasma, puis de plus en plus pauvres en protoplasma. Les mailles sont revêtues de cellules endothéliales, qu'il faut distinguer des cellules du réticulum, et qui présentent des signes évidents de mitose. Il en résulte de gros éléments cellulaires, dont une partie est utilisée pour l'édification du tissu et dont l'autre, par suite de multiplications et de transformations successives, donne naissance aux éléments lymphoïdes.

Il faut donc réserver le nom d'infiltration cellulaire aux cas aigus dans lesquels le tissu est parsemé de leucocytes multinucléés et, dans les cas chroniques, employer l'expression de tissu lymphadénoïde de granulation ou de tissu à petites cellules.

II. — Baumgarten se refuse à admettre avec Ribbert que les lymphocytes ou éléments lymphoïdes des foyers inflammatoires dérivent des

cellules fixes des tissus. Les éléments mononucléés, semblables aux leucocytes uninucléés du sang et de la lymphe qu'on trouve dans les foyers inflammatoires, proviennent, comme les éléments correspondant aux leucocytes plurinucléés, tous et uniquement des vaisseaux sanguins de la région. Il s'appuie pour cela sur ses recherches sur la structure des tubercules. Les éléments lymphoïdes proviennent des vaisseaux voisins, dont les parois sont lésées, et non des cellules fixes des tissus dont les propriétés de multiplication s'arrêtent vite. L'absence de formes de transition entre les éléments lymphoïdes et épithélioïdes du tubercule plaide aussi dans ce sens.

Les recherches de Ribbert ont été faites sur les ganglions lymphatiques, lieu d'origine des leucocytes. Cette dernière considération explique pourquoi on ne saurait les étendre au tissu conjonctif. Cela serait aussi irrational que d'admettre la genèse sur place des globules rouges transsudés en s'appuyant sur des recherches faites sur la moelle osseuse. Si l'on trouve surtout de gros leucocytes multinucléés dans les exsudats inflammatoires aigus et de petits leucocytes uninucléés dans les cas chroniques, on peut invoquer la porosité variable des capillaires, le poids spécifique et la viscosité plus grande des gros leucocytes. Comme preuve convaincante que les éléments lymphoïdes ne proviennent pas alors des cellules fixes des tissus, il suffit de rappeler que celles-ci présentent très fréquemment des signes de mitose dans les tumeurs, contrairement à ce qui s'observe dans les inflammations, où l'on ne voit jamais de karyokinèse vraie.

P. TISSIER.

Ueber Amyloiddegeneration des Fettgewebes (Sur la dégénérescence amyloïde du tissu graisseux), par E. NEUMANN (Centrbl. f. allg. Path., n° 24, 15 novembre 1890).

Le tissu adipeux est rarement atteint de dégénérescence amyloïde, et lorsqu'on l'a constatée, celle-ci était fort limitée. Neumann a souvent constaté ce processus dans le tissu adipeux de l'épiploon. Chez un phthisique, il trouva une dégénérescence amyloïde du tissu adipeux, très étendue. Elle occupait surtout le tissu adipeux sous-séreux. Les cellules entourant les réseaux capillaires étaient à ce point lésées qu'après action du violet de méthyle, il semblait qu'on eût pratiqué une injection vasculaire. La membrane des cellules adipeuses était très nettement atteinte. Dans le tissu adipeux intermusculaire et sous-cutané, la dégénérescence amyloïde était moins généralisée.

Parmi les viscères, la rate présentait un début de dégénérescence, constatable seulement au microscope ; dans le rein, quelques vaisseaux seuls étaient atteints, en particulier les artères afférentes glomérulaires ; l'intestin fut trouvé à peu près indemne et le foie ne montra pas trace de dégénération amyloïde.

Il en résulte qu'il ne faut pas négliger de rechercher ce processus, même lorsque les organes qu'il intéresse habituellement sont peu ou pas touchés. Les parties atteintes dans le cas de Neumann présentaient l'aspect habituel du tissu adipeux atrophié.

P. TISSIER.

Ueber multiple Fettgewebsnekrose (Sur les nécroses multiples du tissu adipeux), par R. LANGERHANS (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, Band CXXII, Heft 2).

Langerhans décrit six cas de nécrose du tissu adipeux. C'est une maladie qui apparaît sous la forme de petits foyers dont les plus petits sont à peine visibles à l'œil nu et dont la plupart atteignent la grosseur d'un grain de millet ou de chènevis.

Toutefois, par la confluence de foyers voisins, il peut se produire des nécroses en apparence très étendues. La couleur de ces foyers est plus ou moins blanche, parfois jaunâtre ou gris jaunâtre.

Beaucoup d'entre eux sont entourés d'une aréole hémorragique ou pigmentée ; fort peu sont mal délimitées du tissu avoisinant.

L'examen montra que les cellules adipeuses s'étaient transformées en sphères granuleuses et en globes du volume et de la forme des cellules adipeuses. Par l'analyse chimique, Langerhans put démontrer que ces sphères et ces globes sont formés d'acides gras combinés à de la chaux.

Voici quelle serait la pathogénie des nécroses multiples du tissu adipeux : la maladie débiterait par la décomposition de la graisse neutre qui est contenue dans les cellules adipeuses. Les parties constituantes liquides seraient éliminées et les acides gras solides resteraient en place. Ces derniers se combineraient avec la chaux pour constituer des sels de chaux.

En fin de compte, tout le lobule ou plusieurs lobules voisins formeraient une masse morte, qui provoque une inflammation dans le tissu environnant et se sépare ainsi des parties vivantes.

La calcification se fait dans la cellule adipeuse de telle façon que sa structure reste conservée, ce qui montre qu'il ne s'agit pas dans ce cas d'une métamorphose régressive du tissu adipeux. ÉD. RETTERER.

Contribution à l'étude des dégénérescences cellulaires, par Maurice CAZIN (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, novembre 1890).

On rencontre fréquemment, sur des préparations colorées pour la recherche des bactéries, des cellules infiltrées de granulations qui fixent les réactifs colorants et simulent des microorganismes. Dans une tumeur d'aspect fongueux, enlevée sur le maxillaire d'une jeune femme, l'auteur a trouvé le derme infiltré de cellules de ce genre. Elles contiennent de petits globes réfringents ; l'apparence d'un double contour sur les plus gros d'entre eux, leur mode de groupement parfois très régulier, la façon dont ils se comportaient vis à vis des réactifs, c'est-à-dire leur résistance à la potasse et aux acides, leur réaction par les matières colorantes, pouvaient faire penser qu'il s'agissait d'éléments parasitaires. Mais l'étude complète des préparations montre leur développement graduel par de fines granulations disséminées dans le protoplasma, et qui augmentent peu à peu, soit indépendamment les unes des autres, soit en se fusionnant. Ce mode de dégénérescence semble pouvoir être rapproché de la dégénérescence hyaline que présentent les grandes cellules regardées comme des éléments caractéristiques du rhinosclérome. En tout

cas l'auteur rapporte cette observation en l'accompagnant de figures soigneusement coloriées, dans le but d'attirer l'attention sur ces dégénéscences, qui sont faciles à confondre avec des productions parasitaires.

M. DUVAL.

Ueber Regeneration des quergestreiften Muskelgewebes nach Verletzungen (De la régénération du tissu musculaire strié après les blessures), par **NAUWERCK** (*Berlin. klin. Woch.*, n. 26, p. 599, 30 juin 1890).

Nauwerck a étudié les modifications que détermine la ponction avec une aiguille rougie dans la musculature striée du lapin.

La prolifération des corpuscules musculaires débute de la quatrième à la sixième heure après la blessure et s'effectue par segmentation nucléaire directe, puis aussi indirecte.

Une partie des corpuscules se transforme en cellules isolées. Toutefois, Nauwerck n'a pas pu observer la métamorphose en cellules musculaires.

La néoformation musculaire s'opère exclusivement aux dépens des anciennes fibres des muscles. Il y a à la fois formation de bourgeons terminaux et latéraux, dédoublement longitudinal des anciennes fibres et formation de nouvelles. (*R. S. M.*, XIII, 464 ; XIV, 98 ; XVI, 462 ; XXI, 77 ; XXIII, 66 et XXVII, 403.)

J. B.

Ueber einige neue Formen von Miescher'schen Schläuchen... (Sur quelques formes nouvelles de tubes de Miescher remplis de microsporidies, de myxosporidies et de sarcosporidies), par **L. PFEIFFER** (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, Band CXXII, Heft 3).

L. Pfeiffer a étudié les psorospermies sus-mentionnées dans la fibre musculaire de la tortue d'Europe, dans les muscles du barbeau et dans la plèvre et le péritoine du mouton.

Dans les fibrilles musculaires de la tortue, on trouve des corpuscules renfermés dans les tubes dont les plus jeunes n'ont que 3 à 4 μ de long, tandis qu'on en voit ayant les dimensions de 16 à 40 μ . Ils manquent d'enveloppe solide; le parasite est une sorte de goutte plasmatique munie de granules nutritifs, tels qu'on les rencontre chez les amibes et les grégarines. Ces corpuscules présentent, en fait de mouvements, des ondulations qui modifient leur contour. Ils ont tous les caractères des corpuscules de la pébrine : ce sont des microsporidies qui ont leur siège exclusif, chez la tortue, dans la fibre musculaire.

Les barbeaux sont souvent atteints de gonflement de la peau et d'ulcères qui gagnent rapidement en profondeur. Le contenu de ces ulcérations est formé de détritits cellulaires et de myxosporidies (sporospermies). Le premier siège de l'infection se trouve être dans la chair; mais à mesure que les fibres musculaires se détruisent et se rompent, la peau sous-jacente s'ulcère. Les spores sont des formations dures, brillantes, munies d'une double coque. A l'un des pôles, beaucoup d'entre elles présentent un filament intérieur enroulé en spirale qui, par l'addition de la glycérine et des alcalis, se déroule au dehors.

Les tubes de Miescher se rencontrent chez la brebis, la chèvre et le cheval sous la forme de kystes de la grosseur d'un grain de millet ou

d'un pois et principalement dans les muscles de la langue, du larynx, de l'œsophage, dans la plèvre et le péritoine. Le plus souvent leur présence ne provoque aucune réaction inflammatoire dans le tissu qui les loge. Le porc est souvent infecté de tubes de Miescher, dans lesquels on distingue deux sortes de ces corpuscules dits sarcospores : les uns sont arrondis et les autres ont la forme de croissants à contenu simple et uniforme, ou bien à contenu différencié. Chez le cheval et les ruminants, ces tubes éclatent souvent dans l'intérieur du muscle, ce qui permet la migration des spores. Parfois aussi ils s'entourent d'une enveloppe qui subit la calcification. Pfeiffer n'a jamais pu observer de ces parasites dans la fibre musculaire de l'homme.

ED. RETTERER.

Ueber die protozoenartige u. coccidienartig. Micro-organisms (Sur les microorganismes contenus dans les cellules cancéreuses, ressemblant aux protozoaires et aux coccidies), par J. SCHUETZ (*Münch. med. Woch.*, n° 35, 2 septembre 1890).

Les coccidies prennent une coloration brune dans les pièces fixées par le liquide de Flemming. C'est la coloration que prennent alors les globules rouges. Coccidies et globules rouges fixent de la même façon les substances tinctoriales, restant incolores ou se colorant dans les mêmes conditions. On sait d'autre part que les globules rouges pénètrent souvent dans le protoplasma et jusque dans le noyau des cellules cancéreuses et y subissent alors des modifications assez grandes.

Schütz ne pense donc pas qu'on puisse regarder comme des coccidies les corps trouvés dans le cancer.

P. TISSIER.

A propos de l'origine parasitaire du cancer, par LE DENTU et Fabre DOMERGUE (5^e Cong. fr. chir. *Bulletin méd.*, 8 avril 1891).

D'après des expériences faites sur des tumeurs épithéliales fraîches dans le but d'étudier les corps qui ont été décrits comme des coccidies, Fabre Domergue arrive à ces conclusions :

L'examen des transformations cellulaires observées dans l'épithélioma et les caractères successifs revêtus par les corps qu'on a décrits comme étant des coccidies, ne permettent pas de croire à la nature parasitaire de ces corps.

D'autre part, les examens successifs autorisent à affirmer qu'il s'agit dans ces cas de simples transformations cellulaires. Enfin il est impossible, les prémisses précédentes étant posées, de faire jouer à ces prétendues coccidies aucun rôle dans la pathogénie du cancer.

OZENNE.

Ueber das Wesen und die Erkennung der Carcinombildung (Formation du carcinome), par KLEBS (*Deutsche med. Woch.*, n° 32, p. 709, 1890).

Klebs a inséré dans la cavité abdominale de 11 rats blancs (le rat est prédisposé à la carcinose) et sous la peau du dos de 3 animaux de la même espèce des fragments empruntés à des carcinomes de la mamelle et du pénis fraîchement extirpés et mesurant 1 centimètre de longueur et 3 ou 4 millimètres de largeur. Un de ces fragments avait disparu complètement au bout de 3 jours; d'autres ont été retrouvés après 158 et même 188 jours.

L'examen histologique des fragments insérés dans l'abdomen a donné

les résultats suivants. Au bout de 3 jours on constate déjà des adhérences intimes avec le mésentère dont les faisceaux conjonctifs délicats se distinguent des faisceaux larges et brillants de la substance fondamentale du carcinome. Les uns et les autres contiennent des cellules jeunes (fibroblastes), uninucléaires, rondes ou ovalaires. Au centre du fragment, les faisceaux conjonctifs ont un aspect moins homogène et sont plus épais qu'à la périphérie, où se manifeste l'envahissement des fibres mésentériques. Les vaisseaux propres du carcinome ont disparu en partie, cédant la place à un envahissement de vaisseaux d'origine mésentérique.

Les cellules du carcinome ont déjà disparu en grande partie. Elles ne persistent que dans les parties centrales et là elles subissent des modifications de deux ordres : tantôt elles conservent leur disposition primitive, mais leur protoplasma est devenu pâle, difficile à colorer, atrophie (plasmolyse), tandis que les noyaux restent intacts; tantôt elles atteignent au contraire un degré de développement plus élevé, elles forment des amas circonscrivant des cavités où l'on trouve des cellules détachées et des leucocytes; à la périphérie de ces amas on constate une couche hyaline. Dans ce second cas, la prolifération cellulaire est liée à la présence de nombreuses mitoses qui s'offrent soit sous la forme hyperchromatique, soit à l'état de doubles étoiles pâles.

La substance hyaline (corps hyalins) existe dans les cellules mêmes ou dans l'intervalle des cellules et peut contenir à son tour des amas granuleux colorables par l'hématoxyline. Klebs pense qu'elle peut être utilisée par les cellules carcinomateuses dans leur développement ultérieur, mais les corps hyalins ne se multiplient pas.

D'après ces constatations, le carcinome emprunté à l'homme peut poursuivre son développement, du moins dans ce qui concerne ses éléments cellulaires, dans l'organisme du rat. Il doit cette propriété à la vitalité particulière de ses cellules et non pas à l'existence (que rien ne démontre encore) d'un parasite.

Klebs n'accepte pas les faits publiés par les auteurs en faveur de la théorie parasitaire de carcinome. Pour son compte il a recherché inutilement dans le suc cancéreux les parasites; ses tentatives de culture sont restées infructueuses. L'étude des faits cliniques et des expériences sur les animaux plaide également, d'après lui, contre la doctrine parasitaire.

(Cinq rats ont été nourris de substance cancéreuse pendant un temps très long, dans le laboratoire de Klebs, sans offrir, à l'autopsie, de cancer).

L. GALLIARD.

Contribution à l'étude du crachat vert, par COMBEMALE et FRANÇOIS (*Soc. de biologie*, 17 mai 1890).

Le crachat vert, lorsqu'il se montre épidémiquement, est toujours de nature parasitaire. La matière colorante est un produit de sécrétion de l'agent microbien. Celui-ci existe dans le poumon et l'expectoration est verte d'emblée, ou il ne se trouve que sur le matériel d'hôpital et l'expectoration ne devient verte qu'après avoir séjourné dans le crachoir un laps de temps variable.

Le crachat vert se montre chez les tuberculeux, les bronchitiques, en

général chez les sujets atteints de maladies chroniques des voies respiratoires ; son apparition n'aggrave en rien le pronostic de l'affection principale.

La désinfection du matériel par une température de 100°, l'acide borique à l'intérieur, sont des moyens prophylactiques et thérapeutiques suffisants pour combattre semblable épidémie.

G. LION.

Bakteriologische Studien über den Auswurf (crachats), par S. PANSINI
(*Archiv f. path. Anat. u. Physiol.*, Band CXXII, Heft 3).

Pansini examina les crachats des malades au point de vue des bactéries qu'ils renferment. Il va de soi que de cette façon il trouva mêlés aux bactéries de l'arbre respiratoire celles du pharynx, de la bouche, des sinus frontaux, ethmoïdaux, etc. L'examen fut pratiqué 1° par le moyen de préparations microscopiques, 2° par les inoculations, 3° par les cultures sur les plaques de gélatine ou d'agar.

Ces recherches portèrent sur 45 individus dont 39 étaient malades et 6 bien portants. De ces 39 malades, il y avait 24 phtisiques ; 2 étaient atteints de bronchite ; 5 de pneumonie et 8 d'influenza. Les résultats sont consignés dans un tableau où se trouvent marqués l'espèce et le nombre des microbes qu'il a cultivés dans chaque crachat.

Voici le résumé très succinct de ces recherches. Les crachats renferment :

1° Trois espèces de champignons, qui appartiennent aux genres *oïdium* et *saccharomyces*, et qu'il put cultiver sur la gélatine ou sur l'agar ;

2° 21 espèces de bacilles, dont 11 ont la propriété de fluidifier très vite la gélatine. Un certain nombre forment des colonies qui se ramifient. 4 espèces fluidifient la gélatine avec une grande lenteur. 6 espèces n'exercent aucune action fluidifiante sur la gélatine ;

3° 10 espèces de microcoques. De ces derniers, 3 fluidifient la gélatine, tandis que les 7 autres espèces n'ont pas cette propriété ;

4° Des micro-organismes qui forment des chaînettes dans le bouillon, d'où le nom de streptocoques.

Outre les 5 espèces de streptocoques trouvés chez les personnes atteintes d'influenza, Pansini en a découvert trois autres fort semblables aux espèces précédentes.

ÉD. RETTERER.

De l'examen du sang au point de vue du diagnostic des maladies aiguës, par ORIOU (*Arch. méd. milit.*, p. 280, octobre 1890).

Oriou a recherché, selon la technique de Hayem, la présence ou l'absence du réticulum fibrineux et des autres modifications importantes des éléments du sang dans plusieurs affections : grippe, fièvre typhoïde, tuberculose, etc.

Voici les résultats qu'il a obtenus dans la grippe et la fièvre typhoïde :

Dans la grippe existe un réticulum fibrineux phlegmasique dès les premiers jours de l'évolution grippale ; il revêt la forme du type phlegmasique atténué à fibrilles fines et nombreuses (type n° 3, de Hayem) : sa présence dans le sang cesse avec la défervescence fébrile ; mais l'épaisseur du réseau fibrineux augmente et persiste même en l'absence

de température fébrile dans certaines complications viscérales inflammatoires de nature phlegmasique, catarrhe gastro-intestinal, etc.

Dans la fièvre typhoïde, il y a diminution des globules blancs et des hémato blasts, et absence complète du réticulum pendant le premier septénaire ; celui-ci n'apparaît que très rarement au cours des autres périodes, il a même fait défaut à la suite de complications graves de nature inflammatoire et phlegmasique.

Oriou l'a seulement observé au huitième jour d'une fièvre typhoïde légère, compliquée d'une éruption exanthématique généralisée scarlatiniiforme.

MAUBRAC.

Beitrag zur Kenntniss der Krankheiten des Blutes (Pathologie du sang), par MARAGLIANO (*Berlin. klin. Woch.*, n° 37, p. 855, 15 septembre 1890).

Conclusions de nombreuses expériences :

1° La nécrobiose des globules rouges est caractérisée par des altérations chromatiques et morphologiques qui se bornent généralement à une partie de l'hématie, mais peuvent aussi s'étendre à sa totalité ;

2° Chez l'homme sain, la nécrobiose des hématies ne survient que plusieurs heures après l'exposition à une température de 25 à 26 degrés ;

3° A l'état morbide, la nécrobiose peut déjà se développer sur les hématies du torrent circulatoire et atteindre une forme grave ;

4° Les altérations les plus considérables se produisent dans les anémies primitives et dans la cachexie cancéreuse ;

5° Les altérations partielles cèdent à un traitement convenable ; tandis que la nécrobiose diffuse est rebelle et constitue un mauvais pronostic ;

6° Une fausse leucocytose peut être la conséquence de cette nécrobiose ; elle est due aux hématies décolorées et granuleuses ;

7° Dans les différentes maladies, le sérum sanguin exerce une influence destructive sur les globules rouges, occasionne leur nécrobiose et provoque leur destruction totale.

J. B.

Die Ursachen der Thrombusorganisation, par R. BENEKE (*Beiträge z. path. Anat.*, VII, 2 p. 95).

La prolifération cellulaire dépend de deux facteurs : la vitalité spécifique de l'élément et les conditions extérieures de sa vie. Or, un des facteurs principaux de celle-ci est l'échange des sucs organiques nourriciers, lequel est lui-même influencé par les différences de pression. A l'état de pression normale, les fibres élastiques des artères sont disposées en séries circulaires autour de l'axe du vaisseau ; que la pression intra-vasculaire diminue, on pourra noter, dans les différentes couches élastiques de la paroi, des ondulations plus ou moins accentuées. Au contraire, si la pression augmente, les lames élastiques distendues et rectilignes se rapprocheront les unes des autres, en comprimant les couches musculo-conjonctives interposées. On peut ainsi se rendre compte de l'état de la pression dans les différentes couches des parois artérielles.

Ces prémisses étant posées, Beneke étudie l'état de la paroi vasculaire dans diverses conditions de pression créées par l'expérimentation.

1° Quand le segment vasculaire est distendu par le sang, et que celui-ci reste liquide, toute l'étendue de la paroi est uniformément distendue et il n'existe pas trace de prolifération dans l'épaisseur de la paroi vasculaire, parce que les rapports normaux de pression ne sont pas détruits. 2° Si le vaisseau est vide, la tension dans la paroi baisse, les lames élastiques sont fortement ondulées, on constate des traces de prolifération dans la tunique interne et jusque dans la tunique moyenne; mais comme cette prolifération ne s'étend pas d'une façon uniforme, on peut éliminer l'irritation diffusée à partir des ligatures et rapporter la prolifération à l'exagération de l'apport de lymphes dû à la diminution de pression. 3° Si le tube vasculaire est à demi plein de sang, on a encore des indices de prolifération dans l'adventice et la moyenne; la tunique interne, comprimée par la lame élastique interne, peut rester exempte de proliférations. 4° Au point lié, les altérations sont plus complexes. La ligature, dit-il, est un trauma qui tue une partie du tissu, lèse les conditions de la nutrition dans une autre et donne lieu à des conditions locales qui exagèrent la prolifération d'une troisième partie, laquelle peut être une quelconque des trois tuniques. C'est encore dans les différences de pression qu'il faut aller les chercher. 5° Quand le sang est coagulé, ou bien il remplit toute la lumière, ou bien il n'en remplit qu'une partie. Dans le premier cas, le coagulum est entouré de cellules vivantes; mais celles-ci ne peuvent proliférer que dès que le caillot aura, par dessèchement, diminué de volume, et ce dessèchement se fait par les cellules migratrices. Il s'y forme des fentes qui seront recouvertes par des cellules endothéliales, parties de la paroi vasculaire. En même temps, des fibroblastes partent des autres tuniques de la paroi. Les leucocytes ne jouent aucun rôle dans cette organisation. 6° Quand le caillot ne remplit qu'une partie de la lumière, c'est de la partie distendue que part la plus active prolifération.

Chez l'homme, les conditions sont plus complexes parce que la coagulation n'a pas lieu dans un segment fermé, mais dans une partie ouverte du système vasculaire. Un organe intéressant à étudier sous ce rapport, c'est l'artère ombilicale du nouveau-né, où l'aspect varie beaucoup suivant que l'on considère des parties se rétractant sans thrombose ou des parties thrombosées.

C. LUZET.

I. — D. Mechanik d. apoplect. Insults bei Embolie (Mécanisme de l'ictus apoplectique dans l'embolie), par R. GEIGEL (*Munch. med. Woch.*, 24 juin 1890).

II. — Ueber des Mechanism. des apoplect. Insults (Sur le mécanisme de l'ictus apoplectique), par Oscar STEIN (*Ibidem*, 19 août 1890).

I. — Dans le vaisseau oblitéré par l'embolus la pression tombe et l'élasticité tend à rétrécir son calibre. Par suite de l'incompressibilité du contenu intra-cranien, il en résulte une traction excentrique qui s'exerce sur les parois de toutes les autres artères cérébrales. Cette traction persiste tant que l'équilibre n'est pas rétabli dans l'artère embolisée, c'est-à-dire tant que ses parois ne sont pas affaissées. Or, pendant tout ce temps, le sang qui arrive du cœur au cerveau, au lieu d'être distribué dans les capillaires cérébraux, sert à remplir les artères distendues.

C'est ce trouble profond de la circulation de l'encéphale qui détermine l'ictus apoplectique.

II. — Supposons un anévrisme miliaire largement ouvert sur une artériole de moyen calibre, le sang s'échappe dans le parenchyme dont la tension est de 8 à 10 millimètres avec une pression de 150 à 200 millimètres de mercure. Il en résulte une action qui s'étend à distance et suspend la fonction des hémisphères (130 millimètres de mercure suffisent chez les animaux), d'où l'ictus apoplectique. Cette sorte de choc traumatique est en rapport simple avec le diamètre du vaisseau et en raison directe du carré de la pression sanguine, d'où il suit qu'une faible différence de pression a des effets considérables. Lorsque l'écoulement est lent, à travers la rupture, il faut tenir compte d'un nouvel élément, la durée de l'hémorragie. L'hémorragie brusque agit par choc, l'hémorragie lente par compression progressive P. TISSIER.

Apoplexia pancreatica, par F. FALK (*Viertelj. für gerichtl. Med.*, nouvelle série, LIII, 182, juillet 1890).

Homme maigre, de 45 ans, ayant succombé brusquement, en pleine activité. A l'autopsie, pas d'autre lésion notable qu'une hémorragie du pancréas. Le revêtement séreux de l'organe était déjà imbibé de sang. A la coupe, le pancréas était transformé en une masse uniforme, molle, noirâtre, sanglante, surtout au niveau de la tête; les mailles du tissu interstitiel étaient remplies de sang frais; les acini fortement teints par le sang; le canal excréteur n'était cependant point obliéré. Le pancréas avait une longueur de 19 centimètres, une largeur de 3 et une épaisseur de 1,7. Il y avait aussi du sang épanché dans le repli épiploïque et dans le tissu rétropéritonéal, au voisinage du hile de la rate. Aucun gros vaisseau n'était rompu; pas trace de thrombose dans les veines voisines et aucune péritonite. J. B.

Ueber eine durch Zerreißung der Intima der Aorta entstandene Insufficienz der Semilunarklappen (Insuffisance aortique due à une rupture de la tunique interne de l'aorte), par J. PAWINSKI (*Berlinere klin. Woch.*, n° 39, p. 894, 29 septembre 1890).

A l'autopsie d'une femme de 70 ans, ayant offert les symptômes de l'insuffisance aortique (souffle diastolique à la base, hypertrophie du ventricule gauche, pouls bondissant) avec souffle systolique le long de l'aorte, on constata une intégrité parfaite des valvules sigmoïdes, un calibre normal de l'aorte, et entre autres lésions athéromateuses de l'aorte, deux ruptures de la tunique interne, dont l'une placée immédiatement au-dessus des valvules semilunaires, s'étendait en travers sur une longueur de 6 centimètres; à ce niveau les deux autres tuniques étaient intactes mais dilatées. Une deuxième rupture n'avait que 2 centimètres se trouvait au niveau du bord concave de la crosse. J. B.

Recherches relatives à la morphologie et à la pathologie des terminaisons nerveuses des muscles, par BABÈS et MARINESCO (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 24 juin 1890).

Les altérations histologiques des faisceaux musculaires sont analogues soit à la suite de lésions causées par les microbes, soit à la suite de lésions résultant de toute autre cause. Dans les myopathies primitives, il y a, dès le début, une prolifération des parois des vaisseaux musculaires,

des thromboses, de l'artérite chronique et une hypertrophie des cellules de la gaine du sarcolemme; plus tard on observe de la dégénérescence hyaline partielle ou totale des faisceaux musculaires, entre lesquels le tissu conjonctif est devenu embryonnaire. Dans quelques cas ce dernier prédomine et peut même amener la destruction des fibres musculaires.

Les lésions vasculaires peuvent être déterminées dans les muscles par des anomalies de l'innervation, comme les auteurs l'ont constaté dans plusieurs cas de lésions des cornes antérieures de la moelle et de polynévrite. Le plus souvent le cœur chez l'adulte a subi une sorte de pseudo-hypertrophie caractérisée par la sclérose du tissu interstitiel, l'état embryonnaire des petits vaisseaux et la dégénérescence hyaline de ses fibres.

Quant aux modifications subies par les nerfs moteurs et par leurs plaques terminales dans les muscles malades, elles consistent en une série de lésions telles que l'atrophie, l'hypertrophie, la fragmentation, l'état embryonnaire ou même la disparition totale de la fibre nerveuse terminale.

OZENNE.

Sur la prétendue dégénération nerveuse dans certaines névrites périphériques, par E. BRISSAUD (*Société de biologie*, 1890).

Brissaud a rencontré chez un certain nombre de malades cachectiques, tuberculeux ou cancéreux, des névrites des nerfs correspondant aux régions où se manifestaient des troubles de la sensibilité cutanée, de l'amaigrissement musculaire; Klippel avait déjà fait des constatations analogues; mais Brissaud a, chez les mêmes sujets, examiné également les nerfs des régions saines et les a trouvés identiques aux premiers; la symptomatologie établie par Klippel, et les lésions de névrite n'ont donc pas un rapport constant, puisque celles-ci peuvent exister dans les parties qui ne présentent pas de signes morbides aussi bien que dans celles où ces signes existent.

Dans les nerfs des régions saines, Brissaud a relevé les trois altérations que l'on donne habituellement comme caractéristiques de la névrite : 1° fragmentation de la myéline en boules ou en gouttelettes; 2° prépondérance numérique des petits tubes moniliformes sur les gros tubes à gaines de myéline continue; 3° présence de gaines vides dans les faisceaux. Aussi pense-t-il qu'aucun de ces caractères n'est suffisant pour conclure sans réserve à l'existence d'une névrite; ce qui constitue essentiellement la névrite, c'est l'altération, la disparition du cylindre-axe, aussi la névrite wallérienne est-elle la névrite par excellence.

G. LYON.

I. — Mikroskopische Präparate aus dem Gehirn Choreatischer, par WOLLENBERG (*Berlin. klin. Woch.*, n° 38, p. 877, 22 septembre 1890).

II. — Cerebral lesions of the chorea, par TURNER (*Lancet*, vol. II, p. 1105; 1890).

I. — Elischer d'abord (1874), puis Fleschsig et Jakovenko ont signalé l'existence, dans la chorée, d'éléments spéciaux, « les corpuscules choréïques », le long des capillaires des segments internes du noyau lenti-

culaire. Aucun observateur ultérieur n'a dirigé ses recherches sur ce point.

Wollenberg vient d'en constater la présence sur deux cerveaux de choréiques examinés l'un à l'état frais, l'autre après durcissement dans le liquide de Müller. Dans les deux segments les plus internes du noyau lenticulaire, se trouvaient une grande quantité de corpuscules très réfringents, d'un éclat graisseux, pour la plupart contigus aux plus petits vaisseaux, tandis que d'autres étaient, soit disséminés, soit réunis en amas. Une partie d'entre eux offraient une stratification concentrique. Dans le segment externe du noyau lenticulaire, ces corpuscules étaient très clairsemés.

L'éther, l'alcool, la liqueur de Lugol, les acides chlorhydrique et acétique n'exercent aucune action sur eux. L'addition seule d'acide sulfurique concentré les fait disparaître, les petits immédiatement, tandis que les plus volumineux se résolvent d'abord en aigrettes rayonnantes. Ces éléments ne prennent pas le carmin.

J. B.

II. — Turner présente à l'Hunterian Society les préparations d'un cerveau de choréique montrant dans les circonvolutions du voisinage de la scissure de Rolando une destruction des cellules nerveuses, qui sont gonflées et déformées.

A.-F. PLICQUE.

Weiteres über Influenza, par KLEBS (*Deutsche med. Woch.*, n° 14, p. 278, 1890).

L'auteur ne revient pas ici sur la description qu'il a donnée des micro-organismes de l'influenza.

Il décrit les modifications du sang et les thromboses capillaires qui en résultent.

Au moment où les microbes tendent à disparaître du sang, il trouve des masses granuleuses, grandes ou petites, irrégulières, crénelées, tantôt colorables par le bleu de méthylène, tantôt non colorables, et qui proviennent manifestement de la désintégration des globules rouges et blancs.

Les globules rouges contenant des microorganismes, atrophies et décolorés, existent alors à côté de globules normaux. On peut surprendre du reste les diverses phases de leurs transformations : à la surface des globules rouges apparaissent des filaments qui ont l'aspect de flagella et qui, nageant dans le milieu liquide, semblent animés de mouvements amiboïdes. De la sorte, les globules acquièrent de l'analogie avec les parasites décrits par Laveran dans l'impaludisme.

Les amas de granulations d'origine globulaire, unis aux globules rouges décolorés, aux fragments de membranes des globules rouges, aux noyaux des globules blancs et même à des gouttes graisseuses provenant des globules blancs, tout cela constitue la masse du thrombus que l'auteur trouve dans les capillaires du poumon.

L'auteur avait remarqué chez des sujets jeunes des altérations qui rappelaient celles de la pneumonie sénile : infiltration lobaire ou lobulaire, aspect grenu très peu marqué sur les coupes du parenchyme, apparence rapidement grisâtre des parties hépatisées, existence d'îlots sains au milieu de l'hépatisation, d'où l'aspect spongieux de certains foyers pneumoniques.

C'est dans ces foyers qu'il a vu les thromboses capillaires colorables par l'éosine et mieux encore par l'hématoxyline; elles résistent à l'orange, ce qui prouve qu'elles ne contiennent plus les éléments essentiels des globules rouges, car les globules rouges normaux se colorent d'une façon remarquable par l'orange. Au voisinage des thromboses, les globules rouges sont tantôt colorables par l'orange, tantôt non colorables; ils peuvent, en effet, circuler longtemps au milieu des masses granuleuses sans subir d'altération.

Dans les parois alvéolaires on voit donc des capillaires sanguins injectés de masses granuleuses ou oblitérés par des thrombus d'aspect homogène. Quant aux cellules épithéliales, elles manquent presque complètement; on trouve seulement, au milieu du réseau fibrineux intra-alvéolaire, quelques grandes cellules rondes, souvent chargées de pigment, et, de plus, des globules rouges et blancs.

Les fragments de poumon hépatisé ont été traités par le sublimé, avant d'être incorporés dans la paraffine; les coupes colorées par l'hématoxyline, l'éosine et l'orange.

L'étude des coupes montre que les capillaires peuvent être thrombosés sur des territoires très étendus.

L'auteur s'appuie sur ces résultats pour affirmer que, dans l'influenza, les manifestations catarrhales et inflammatoires, en apparence primitives, ne sont en réalité que les conséquences des thromboses capillaires; celles-ci, troublant la nutrition des tissus, les disposent à la gangrène ou les préparent à l'invasion des organismes pathogènes.

C'est à de tels désordres circulatoires qu'il attribue non seulement les altérations pulmonaires de l'influenza étudiées plus haut, mais les manifestations oculaires, cérébrales, etc.

Il a constaté les thromboses capillaires dans la paroi intestinale, chez un enfant autopsié par Lubarsch, et dont l'intestin présentait des ulcérations des plaques de Peyer supérieures (celles du voisinage de la valvule étaient saines), dont l'aspect éloignait l'hypothèse d'une fièvre typhoïde; il s'agissait là d'une gangrène locale.

Une ulcération laryngée était, dans un autre cas, sous la dépendance d'oblitérations capillaires.

Les thromboses veineuses sont consécutives parfois à celles des capillaires.

L. GALLIARD.

Sur l'origine embolique des nodosités éphémères du rhumatisme, par NEPVEU
(Société de biologie, 7 juin 1890).

L'auteur a reconnu que la nodosité était constituée par un véritable foyer nécrobiotique entouré d'une zone infiltrée de globules blancs et contenant de nombreux microbes (microcoques et bactéries). Les artérioles voisines étaient le siège de lésions importantes; l'une d'elles contenait un caillot granuleux. L'embolie capillaire doit être regardée comme la cause de ces nodosités éphémères, qui suppurent ou non, suivant que le fragment embolisé contient ou ne contient pas de micro-organismes.

C. LION.

I. — Des diverticules œsophagiens, par VIRCHOW.

II. — Un cas de diverticule de l'œsophage, par L. ROSENTHAL (*Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 52, p. 1192, 15 décembre 1890).

I. — On en distingue généralement deux espèces : 1° les diverticules par pulsion attribués à une pression agissant du dedans vers le dehors et 2° les diverticules par traction, résultant d'une cause extérieure.

Les diverticules dits par pulsion ont un siège très constant, à la jonction du pharynx avec l'œsophage. Se fondant sur la constance de leur siège, Virchow les rattache à un arrêt de développement, à une persistance d'une fente branchiale.

Les diverticules par traction sont beaucoup plus communs, mais en général, ils ne sont pas de grandes dimensions. La majeure partie de ceux que Virchow a vus étaient dus à une affection des ganglions médiastinaux et bronchiques; leur siège de prédilection est en aval de l'entrecroisement avec la bronche. Tantôt le diverticule est unique, tantôt les diverticules sont multiples. Ils occupent d'habitude la paroi antérieure de l'œsophage et sont dirigés soit directement en avant, soit, ce qui est plus commun, un peu obliquement de haut en bas et d'arrière en avant. À leur niveau, on trouve généralement des ganglions malades. Ces ganglions, s'étant ulcérés à une certaine époque, ont perforé l'œsophage qui s'est cicatrisé. Puis le ganglion s'est rétracté sur lui-même, en exerçant une traction sur la paroi antérieure de l'œsophage. Le mécanisme est analogue à ce qui passe pour les cicatrices adhérentes de la peau au niveau des ganglions scrofuleux.

II. — Rosenthal a observé un diverticule œsophagien chez un homme de 40 ans, syphilitique invétéré. Cet homme avait l'habitude de porter des cols si étroits que sa face était toujours livide et sa parole contrainte. Malgré une mastication soigneuse, dès qu'il avait avalé deux ou trois bouchées, on sentait au côté gauche du cou une tumeur de la grosseur d'une orange. Alors l'homme se levait et comprimait avec les doigts le diverticule pour le vider. Lorsqu'il inclinait fortement la tête à gauche, la déglutition était plus facile. L'haleine du malade était d'une fétidité telle que sa femme n'habitait pas la même pièce. C'est là un signe précieux dans les cas de diverticules assez petits pour n'être pas reconnus par la sonde.

Au point de vue étiologique, Rosenthal est frappé de la rareté des diverticules chez les femmes (3 cas sur une quarantaine); or, dans le sexe féminin, l'ossification du larynx est plus tardive que chez l'homme, où elle s'effectue vers l'âge de 40 ans, qui est celui où l'on observe les diverticules œsophagiens. (*R. S. M.*, XXVI, 470, et XXXIV, 655.) J. B.

Une forme rare de tuberculose gastrique, par Ottone BARBACCI (*Lo Sperimentale*, mai 1890).

Après avoir rappelé tout ce qui a été publié sur la question, l'auteur décrit un cas de tuberculose gastrique remarquable par l'étendue et l'intensité des lésions.

La plus grande des ulcérations siégeait au bord même de l'anneau pylorique, qu'elle embrassait en formant une courbe à concavité supérieure laissant à peine 2 centimètres de substance saine en haut.

Les tuniques de l'estomac étaient détruites dans toute leur épaisseur et le fond de l'ulcération arrivait au contact de l'intestin avec lequel il avait con-

tracté des adhérences, et dont il n'était séparé que par une très mince membrane. Une seconde ulcération, à 1 centimètre de l'anneau pylorique, sur la face antérieure de l'estomac, à 2 centimètres de la petite courbure, s'étend perpendiculairement à celle-ci sur une longueur de 3 centimètres sur 2 de largeur. Elle traverse également toutes les tuniques de l'estomac pour arriver à une anse intestinale à laquelle elle est soudée, sans toutefois donner lieu à une fistule gastro-intestinale. Une troisième ulcération siège encore sur la face antérieure à 3 centimètres de celle-ci, sans atteindre la tunique séreuse de l'estomac. Une autre grande ulcération occupe la paroi postérieure, qu'elle ne perfore pas complètement. En outre, on peut encore observer 4 ou 5 ulcérations du volume d'un pois ou d'une lentille.

Il existait d'ailleurs de nombreuses ulcérations tuberculeuses de l'intestin en même temps que d'autres lésions tuberculeuses des poumons, des plèvres et du péritoine.

Il existait de plus une sténose très prononcée du pylore, comme conséquence d'une lésion tuberculeuse de cette région.

A. SIREDEY.

Atrophie progressive de l'intestin, par JUERGENS et LEYDEN (*Berlinere klin.*

Woch., n° 35, p. 804, 1^{re} septembre 1890).

Médecin russe, alcoolique ayant succombé dans le marasme après avoir présenté une lassitude générale, des vomissements, des sensations pénibles dans le ventre, des troubles graves de la motilité des membres inférieurs, une température presque toujours au-dessous de la normale et une anémie générale. A un moment donné, les vomissements devinrent si violents qu'on crut d'autant mieux à un étranglement interne, que la palpation faisait reconnaître une tumeur dans l'abdomen. A l'autopsie, tout le tube intestinal était rouge brun foncé, la partie supérieure du duodénum très dilatée avait ses parois épaissies par l'œdème. C'est cette coloration anormale que Recklinghausen, ignorant les travaux de Juergens sur ce sujet, a décrite récemment sous le nom d'hématochromatose universelle. L'intestin grêle présente de nombreux diverticules, dus à l'affaiblissement de la tunique musculieuse; ce sont eux qui ont produit les phénomènes d'étranglement interne. La parésie des fibres musculaires de l'intestin finit par amener des troubles de nutrition du cœur et du foie qui sont le siège d'une pigmentation brunâtre. (*R. S. M.*, XXII, 469.)

J. B.

Ueber funktionelle und genetische Beziehungen der Nebennieren... (Sur des rapports fonctionnels et génétiques des capsules surrénales avec d'autres organes, spécialement avec le cerveau), par R. ZANDER (*Beiträge z. path. Anat.*, VII, 3, p. 439).

On sait que les capsules surrénales paraissent jouer un rôle important pendant la période de développement, où leur volume relatif est plus considérable que chez l'adulte; ces données de Müller, Bischoff et d'Ecker sont confirmées par les mensurations de Zander. Mais ce rapport n'est vrai que pour l'homme et ne peut être retrouvé chez aucun autre animal. Il n'a pas trouvé non plus de rapport entre le développement du thymus et du corps thyroïde, d'une part et celui des capsules surrénales, de l'autre. Par contre, il a trouvé ces organes plus petits et plus légers que normalement chez 56 fœtus et nouveau-nés atteints de malformations, à savoir : 42 hémicéphales, 6 encéphalocèles, 4 cyclopes, 3 syn-céphales, 1 microcéphale; il existait en même temps des malformations des organes génitaux et urinaires dans 41 0/0 des cas.

Le développement incomplet ou l'absence totale des capsules surrénales ne sont nullement caractéristiques pour les acardiaques acéphales; il n'en est pas de même pour les hémicéphales, où les capsules surrénales sont toujours diminuées de volume. En poussant plus loin l'analyse, il constate que ces organes ne sont petits que chez les fœtus où manquent les parties antérieures des hémisphères cérébraux, et qu'inversement ils sont normaux si les parties antérieures du cerveau sont normales, quel que soit le degré de destruction des parties postérieures.

On trouve, en outre, dans ce mémoire un résumé complet de la physiologie des capsules surrénales et une indication complète de la littérature qui s'y rapporte.

C. LUZET.

Die feineren Veränderungen. bei der Glomerulonephritis, par MARCHAND
(*Berlin. klin. Woch.*, n° 38, p. 882, 22 septembre 1890).

Malgré les travaux de Langhans (*R. S. M.*, XIV, 468, et XXIX, 543), de Friedländer, de Nauwerck (*R. S. M.*, XXVI, 578), de Ribbert, de Hansemann (*R. S. M.*, XXXII, 53), de Litten et autres, sur les lésions histologiques de la néphrite glomérulaire, il reste quelques points obscurs, notamment la part respective des différents éléments cellulaires dans les altérations morbides.

D'après les observations de Marchand, il s'agit tout d'abord d'une accumulation de leucocytes dans les anses des glomérules, qui deviennent ainsi imperméables. Puis, s'y ajoute rapidement une tuméfaction hyaline et un épaississement de la paroi qui se distingue mal de la masse qu'elle contient. Il en résulte ultérieurement, parfois, une transformation hyaline si homogène des anses, qu'on pourrait croire à une dégénération amyloïde. Mais, même dans ces cas, il est des places où les masses hyalines les plus internes se laissent délimiter d'avec la paroi propre des anses; entre deux, on aperçoit quelquefois des noyaux plats (adventice sous-endothéliale de Langhans). De plus, il s'effectue des proliférations des cellules épithéliales du glomérule et de l'épithélium capsulaire ainsi qu'une émigration des leucocytes du glomérule; c'est surtout dans la néphrite scarlatineuse que ces lésions sont le plus nettes, mais jamais sur tous les glomérules. L'accumulation des cellules épithéliales proliférées de la capsule donne lieu à la formation des croissants intra-capsulaires; mais ceux-ci, outre les cellules épithéliales, renferment toujours, en plus ou moins grand nombre, des leucocytes dans les lacunes en forme de mailles des cellules épithéliales. La formation des croissants peut entraîner une compression notable du glomérule, bien que ce ne soit pas la cause principale de son imperméabilité. Ensuite l'émigration des leucocytes s'étend au delà de la capsule dans le tissu attenant, à moins que la mort ne soit survenue dans une phase antérieure de la maladie. Dans un stade ultérieur, au niveau du croissant la capsule ne s'en délimite plus nettement, parce qu'elle subit une sorte de désagrégation en forme de filaments ou de feuillets, en même temps qu'il y a multiplication des cellules du tissu conjonctif et immigration de leucocytes. Dans les cas relativement rares où le processus prend une marche chronique, on est frappé de l'épaississement strié de la capsule, tandis que, simultanément, les anses du glomérule, deve-

nues homogènes, se fondent avec la capsule, d'abord par places, puis sur tout le pourtour. Il est alors malaisé de séparer l'altération de la capsule même du croissant originairement épithélial ; ce ramollissement de la capsule a été surtout décrit par Cornil et par Brauer. Marchand a publié naguère (*R. S. M.*, XXIV, 493) un fait de néphrite chronique postscarlatineuse où ces lésions étaient particulièrement caractérisées.

J. B.

La néphrite des phthisiques, par V. KAHLDEN (*Centralbl. für allg. Path. und path. Anatomie*, n° 3, 1^{er} février 1891).

On trouve souvent les reins peu ou pas augmentés de volume, facilement décorticables, à surface lisse, pâle, à substance corticale peu épaissie, à coloration légèrement jaunâtre caractéristique. La substance médullaire est pâle et tout l'organe anémié.

Ces lésions parenchymateuses sont beaucoup plus fréquentes que ne l'admettent la plupart des auteurs. Si l'on examine les reins des phthisiques après durcissement dans la liqueur de Flemming, on constate que bien peu sont indemnes de lésions dégénératives du côté de l'épithélium. Celles-ci peuvent être légères d'ailleurs et passer inaperçues à l'examen macroscopique.

Les symptômes sont peu saillants et peuvent même manquer pendant longtemps. Le cœur n'est pour ainsi dire jamais hypertrophié, ce qu'explique l'anémie générale, le peu d'intensité et la localisation par foyers des lésions du rein.

Les lésions sont essentiellement de nature dégénérative et atteignent en première ligne le parenchyme. Les infiltrations et la prolifération du tissu conjonctif semblent secondaires et proportionnelles à l'intensité de la désintégration épithéliale. Mais comme, pendant un certain temps, des cellules épithéliales jeunes se substituent aux cellules épithéliales dégénérées, les lésions interstitielles restent pendant longtemps à peine esquissées. Les altérations épithéliales et interstitielles se montrent toujours par foyers.

La lésion dégénérative graisseuse atteint les glomérules (épithélium) aussi bien que les tubes contournés. Von Kahliden a plusieurs fois rencontré dans les vaisseaux glomérulaires et autres de grandes cellules graisseuses, cellules endothéliales des vaisseaux, sur l'origine locale ou éloignée (vaisseaux du poumon) desquelles il ne se prononce pas catégoriquement.

PAUL. TISSIER.

Ueber Kerntheilung und Riesenzellenbildung in Geschwülsten und im Knochenmark (De la division nucléaire et de la formation de cellules géantes dans les tumeurs et dans la moelle osseuse), par H. STRÖBE (*Beiträge z. path. Anat.*, VII, 3, p. 339).

Cherchant à contrôler les recherches d'Arnold, Denmarbaix, Denys, l'auteur admet que dans la moelle des os les cellules géantes proviennent d'éléments à caractères spéciaux, dont le noyau se multiplie par segmentation indirecte, quelquefois avec formes multipolaires ; cependant il est des figures qui ne permettent pas de douter de la réalité d'une fragmentation indirecte. Dans les cellules géantes des tumeurs, les mi-

tosés multipolaires sont très fréquentes ; d'autres formes appartiennent à la fragmentation indirecte d'Arnold. Cependant dans certains sarcomes fasciculés, la segmentation directe peut se rencontrer et quelquefois même dépasser le nombre des segmentations indirectes. Ces cellules géantes ont avec les vaisseaux des rapports intéressants. Quelquefois une pointe vasculaire pénètre dans l'intérieur de la cellule, d'autres fois la cellule paraît provenir de l'endothélium vasculaire. C. LUZET.

Ueber das reiskörperchenhaltige Hygrom der Sehnenscheiden (De l'hygroma à grains riziformes des gaines tendineuses), par E. GOLDMANN (*Beiträge z. path. Anat.*, VII, 3, p. 299).

Les grains riziformes de ces synovites sont dus à un processus tuberculeux tendant non à la caséification, mais à une dégénérescence fibroïde ; leur nature est prouvée par l'examen histologique, par la constatation des bacilles, par l'inoculation au lapin, par l'observation d'un fait où une tumeur blanche opérée récidiva sous forme de tuberculose à grains riziformes. La production des grains riziformes est en grande partie due à un processus purement mécanique, qui provoque leur pédiculisatation, puis leur mise en liberté. C. LUZET.

Ueber secundäre Implantation von Haaren in Dermoidcysten (Sur l'implantation secondaire de poils dans les kystes dermoïdes), par G. HILDEBRANDT (*Beiträge zur path. Anat.*, VII, 2, p. 159).

Dans les kystes dermoïdes, dont la paroi augmente d'épaisseur, des poils mélangés au sébum contenu peuvent provoquer une irritation locale, laquelle produit du tissu de granulation qui enveloppe le poil et produit ainsi sa réimplantation. C. LUZET.

Étude microbiologique de dix kystes congénitaux, par LANNELONGUE et ACHARD (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 5, p. 293, 25 mai 1890).

Reprenant les recherches antérieurement publiées par Poncet, qui attribuait la genèse de tous les kystes à contenu sébacé à un microcoque sébacé, et Clado et Verneuil, qui avaient trouvé des bactéries dans des kystes dermoïdes parfaitement clos, en voie de progrès, Lannelongue et Achard sont arrivés à des résultats différents.

Déjà Garré avait obtenu des résultats négatifs et montré que les microcoques de Poncet n'étaient que des détritux granuleux.

Dans leurs recherches sur dix kystes congénitaux, observés dans les conditions les plus variées, chez des sujets de différents âges, depuis le nouveau-né jusqu'à l'adulte, en des régions diverses, soit à l'état de repos, soit en voie d'accroissement, lent ou rapide, avec une paroi dermoïde, mucoïde ou mixte, et un contenu sébacé, huileux ou muqueux, les auteurs n'ont rencontré que deux fois des microbes. Dans ces deux cas, la présence des micro-organismes était liée à une condition particulière, dans laquelle elle trouvait sa raison d'être : ouverture permanente dans l'un des faits, suppuration d'origine mal déterminée dans le second.

En résumé, les kystes congénitaux, tant que leurs parois ont conservé

les caractères des tissus normaux, et que leur cavité n'a pas été mise en communication avec le monde extérieur, ne renferment pas de microbes, ou au moins de microbes cultivables dans les milieux usuels en bactériologie.

P. TISSIER.

Untersuchungen über Cholesteatome... (Recherches sur les cholestéatomes et leur signification au point de vue de l'origine des tumeurs), par E. GLÆSER (*Archiv f. pathol. Anat., Band CXXII, Heft 3*).

Glæser décrit un cholestéatome typique de la base du crâne. Il figure un conglomérat de tumeurs perlées revêtues de l'arachnoïde et s'étendant depuis la protubérance annulaire jusqu'à la seissure de Sylvius. Les pédoncules cérébraux sont atrophiés ; les tumeurs ont gagné la cavité du troisième ventricule et ont pénétré dans la substance cérébrale. Les bandelettes optiques ont disparu. L'ensemble de ces tumeurs perlées atteint le volume d'un œuf de poule.

La couleur de ces masses est blanche comme la cire et elles sont formées de couches concentriques qui se décomposent en feuillets à aspect nacré. Au microscope, on voit que ceux-ci sont composés d'assises de cellules aplaties ou polyédriques et pourvues la plupart d'un noyau. Par places on y voit des lamelles de cholestérine.

A côté de ces tumeurs perlées, Glæser observa une prolifération abondante de l'endothélium des travées sous-arachnoïdiennes : à la place d'un espace sous-arachnoïdien, il s'était formé une cavité arrondie, limitée en dehors par une couche de quatre à six assises de cellules. Ces dernières ne se distinguaient, vers la partie externe de la cavité, aucunement de l'endothélium normal, tandis que vers la portion interne elles augmentaient rapidement de volume, s'aplatissaient et constituaient, vers le centre de la cavité, une tumeur perlée.

L'évolution et l'origine des cholestéatomes seraient, par conséquent, les suivantes : à la suite d'une cause inconnue, les endothéliums des travées sous-arachnoïdiennes se mettraient à proliférer ; les nouvelles cellules ainsi formées s'aplatiraient par pression réciproque et se transformeraient en écailles. D'abord isolées les unes des autres, les tumeurs perlées qui ont pris naissance sur des points isolés, arriveraient au contact sur leur périphérie, quoique séparées par des traînées de tissu conjonctif. Les travées conjonctives s'atrophieraient dans la suite et les tumeurs perlées formeraient une masse alvéolaire qui s'agrandirait de plus en plus.

ÉD. RETTERER.

De la maladie kystique essentielle des organes glandulaires ou angiome des appareils sécrétoires, par BARD et LEMOINE (*Archives gén. de médecine*, août et septembre 1890).

Tous les organes glandulaires (reins, foie, testicule, moelle, etc.) peuvent être atteints d'une maladie kystique, qu'on peut considérer comme essentielle. Elle est caractérisée par la dilatation simple des acini ou des canaux excréteurs ; elle se produit sous l'influence de la pression normale des liquides sécrétés et excrétés. Cette maladie kystique constitue un véritable angiome glandulaire.

Cette dilatation demande pour se produire une prédisposition morbide spéciale de la paroi des tubes glandulaires. Cette prédisposition est d'ori-

gine congénitale. Elle consiste, sans doute, dans un défaut de résistance de la paroi; qui est elle-même sous la dépendance d'un défaut de qualité de la substance fondamentale qui la constitue.

RICHARDIÈRE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Des troubles nerveux consécutifs à l'asphyxie poussée jusqu'à la mort apparente, etc., par LAULANIÉ (*Société de biologie, 7 juin 1890*).

1° Les animaux (chiens, lapins) rappelés à la vie après la syncope respiratoire due à l'asphyxie en vase clos (privation d'oxygène et accumulation d'acide carbonique) ne présentent au réveil que des phénomènes paralytiques plus ou moins graves.

2° Les symptômes offerts par les mêmes animaux rappelés à la vie après la syncope respiratoire qui termine l'asphyxie par privation d'oxygène se déroulent en deux périodes consécutives : une période de convulsions toniques et cloniques souvent très violentes et une période de paralysie motrice.

L'acide carbonique, présent dans le premier cas, a donc pour effet de neutraliser les effets convulsivants de l'oxygène, tout en laissant subsister les phénomènes paralytiques.

G. LION.

I. — Expériences sur l'ablation chez le chien des centres corticaux des mouvements des membres, par GAULE (*Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte, n° 10, p. 319, 15 mai 1890*).

II. — Discussion de la Société des médecins de Zurich (*Ibidem, p. 321*).

I. — Sur un chien adulte, Gaule a enlevé successivement, en deux fois, les centres des mouvements des pattes antérieures et ceux des pattes postérieures, d'abord dans l'hémisphère cérébral gauche, puis dans le droit. A la suite de cette double mutilation, l'animal offrit la série de troubles qui caractérisent la perte d'influence de l'intelligence sur les mouvements. Depuis lors, Gaule a soumis ce chien pendant six mois à un dressage. En voici les résultats. L'animal saisit au vol les morceaux de viande qu'on lui jette en l'air ; en se servant tantôt d'une de ses pattes antérieures, tantôt de l'autre, il fouille une caisse remplie de cailloux au-dessous desquels on a caché de la viande. Il peut ouvrir le couvercle d'une boîte à coups de pattes ; il parvient de même à défaire le nœud d'une serviette qui ferme une caisse. Au commandement, il donne à volonté l'une ou l'autre de ses pattes dont il se sert avec une égale facilité.

Cet animal a donc récupéré l'usage intelligent de ses membres. Comment expliquer ce phénomène, puisque, d'une part, il est bien certain

que les fonctions intellectuelles résident dans la substance corticale, et que, d'autre part, il n'est pas possible d'admettre une régénération des parties cérébrales enlevées? Il ne reste qu'une explication plausible, c'est que le rôle des centres moteurs se trouve rempli maintenant par d'autres régions de l'écorce cérébrale.

II. — Von Monakow avoue son étonnement de voir un chien si mutilé agir comme il le fait; toutefois ses mouvements sont malhabiles et lourds. Lorsqu'il s'empare de la viande, au lieu de se servir d'une seule patte, comme un chien normal, il y emploie aussi la tête, le corps entier, et fait une série de mouvements associés sans but. Néanmoins il ne pense pas qu'il soit entièrement privé des faisceaux pyramidaux, qui se composent non seulement des centres moteurs des membres, mais encore de l'écorce du sillon calloso-marginal, région profonde qui échappe habituellement aux excitations et aux extirpations. Pour Monakow, la restauration partielle des fonctions psycho-motrices doit s'expliquer non, comme le pense Gaule, par la formation de nouvelles fibres commissurales et de nouveaux centres, mais par le retour à l'activité des régions corticales qui présidaient déjà avant la mutilation à ces actes et que la mutilation avait lésées dans leur fonctionnement pour un temps seulement. (*R. S. M.*, XXXVI, 58.)

J. B.

Contributo allo studio dell'anopsia corticale, par V. BASEVI (*Il Morgagni*, mai 1890).

Dans des expériences sur des pigeons, des lapins et sur des chiens, Basevi a essayé de produire la cécité par ablation de portions plus ou moins étendues de l'écorce cérébrale. Les expériences sur les chiens sont les plus démonstratives : l'ablation du premier pli occipital a produit la cécité manifestée par l'impossibilité où était l'animal de reconnaître les lieux, les aliments et les personnes ; les yeux de l'animal ne présentent aucune altération apparente et les pupilles se contractent sous l'influence de la lumière ; par l'ablation complète du lobule occipital gauche, l'auteur a produit dans deux cas une cécité complète de l'œil droit avec hémioptie gauche, dans un cas une cécité bilatérale. L'ablation du centre du lobule occipital produit une hémioptie. Lorsque l'on n'enlève qu'une portion du centre visuel, les portions qui persistent intactes suffisent à rétablir l'intégrité de la vision au bout de quelques jours. Il résulte de l'ensemble des expériences que le siège du centre psycho-optique est le premier pli occipital, mais que toute l'écorce de l'encéphale a une influence sur la vision.

L'auteur cite l'observation d'un enfant atteint d'hémiplégie et hémianesthésie gauche avec cécité complète, qu'il considère comme un type de cécité d'origine corticale (méningite consécutive à un traumatisme de la région occipitale) bien qu'il n'y ait pas d'autopsie. GEORGES THIBERGE.

Successful brain grafting (Grefe cérébrale), par W. G. THOMPSON (*N. York med. journ.*, p. 701, 28 juin 1890).

L'auteur a pratiqué avec succès, chez les animaux, la greffe cérébrale. Voici ses expériences :

1° Deux chiens sont trépanés au niveau de l'occiput ; on excise à l'un

et à l'autre un lambeau de substance cérébrale et on comble les vides avec les lambeaux échangés. Au bout de trois jours les greffes sont trouvées solidement adhérentes et recouvertes d'un exsudat fibrineux;

2° On transplante sur le cerveau d'un chat, préparé pour le recevoir, un fragment de cerveau de chien de 3^{cc},5, lequel, au bout de trois jours, est solidement adhérent. La couche de fibrine interposée mesure un tiers de pouce en moyenne;

3° Même expérience en insérant un lambeau de cerveau de chat dans un cerveau de chien. Même résultat;

4° On enlève à un chien un lambeau de cerveau de 2 centimètres cubes à la région occipitale, et on met à la place un fragment de 1^{cc} 1/2 emprunté à un chat. Pansement antiseptique. Cécité du côté opposé à la lésion. Au bout de la 7^e semaine on sacrifie l'animal. La greffe cérébrale est solide, la pie-mère intacte. Durcissement dans le liquide de Müller. Au microscope, on constate que la continuation de la pie-mère greffée avec celle du chien est parfaite. La substance des deux cerveaux est unie par un tissu conjonctif organisé avec des vaisseaux. Le fragment transplanté est encore doué d'une vitalité suffisante pour qu'on y reconnaisse les cellules cérébrales, soit intactes, soit granuleuses.

La circonvolution correspondante de l'hémisphère opposé, chez le chien qui a servi à l'expérience, est atteinte de dégénération sympathique.

L. GALLIARD.

Ueber die Gewebsveränderungen des Rückenmarcks in Folge von Compression
(Sur les changements de structure de la moelle épinière par suite de compression), par P. ROSENBACH et SCHTSCHERBAK (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, Band CXXII, Heft 1).

A l'effet de provoquer la compression sur la moelle épinière, les auteurs introduisirent des boules et des cylindres d'argent dans le canal rachidien des chiens. Quelques heures ou quelques jours après l'opération, les chiens étaient atteints d'une paraplégie des extrémités postérieures, qui disparut bientôt. Plus tard, quelques-uns montrèrent de la parésie dans les membres postérieurs ou simplement de la faiblesse et des troubles dans la marche. Ils vécurent ainsi un laps de temps variant de 4 à 173 jours. A l'autopsie, on trouva la dure-mère épaissie au contact des corps étrangers, la pie-mère était intacte et se laissait détacher de la moelle épinière. Celle-ci ne montrait rien d'anormal à l'œil nu ou bien présentait un changement d'aspect. Dans ce dernier cas, on trouvait, au microscope, une altération de la substance blanche, dont les tubes nerveux sont en partie dégénérés, tandis que la névroglie est épaissie. La substance grise est infiltrée de corpuscules arrondis se colorant énergiquement par le carmin. Les cellules nerveuses des cornes antérieures sont gonflées, troubles et pleines de vacuoles; souvent leur noyau a disparu. Les vaisseaux sanguins sont remplis de globules rouges et leurs parois sont épaissies. Les espaces périvasculaires sont dilatés et remplis d'un exsudat. Dans les cas de cette première série, on voyait nettement des phénomènes de dégénération dans les cordons blancs des animaux qui avaient survécu un mois au moins à l'opération.

Dans l'autre série, où la moelle épinière ne présentait pas de lésions apparentes, le microscope montrait un élargissement du canal central et la présence de petites cavités dans la substance nerveuse. Elles étaient vides ou remplies d'une substance homogène, d'apparence colloïde. Elles siégeaient assez loin du canal central et de préférence dans la substance grise, soit dans les cornes antérieures, soit dans les cornes postérieures, où elles avaient produit des sortes de fentes ou de lacunes. Les éléments nerveux avoisinants présentaient, comme lésion caractéristique, un aspect trouble ressemblant à l'apparence colloïde de l'exsudat.

La compression provoquerait la sortie de la lymphe hors des vaisseaux sanguins et une dilatation du canal central; elle agirait directement et mécaniquement sur la substance nerveuse : d'où troubles de nutrition dans le point comprimé et apparition des lésions sus-mencionnées.

ED. RETTERER.

Beiträge zur pathol. Anatomie der Rückenmarkerschütterung (Commotion spinale), par H. SCHMAUS (*Archiv f. pathol. Anat., Band CXXII, Heft 2 et 3*).

Schmaus rapporte avec détails quatre observations de commotions spinales produites par des chutes. Les lésions les plus constantes de la moelle épinière étaient les suivantes : dégénération des divers cordons de la substance blanche, myélite, ramollissement, hydromyélie et syringomyélie. Ces résultats montrent que la commotion spinale exerce une influence directe et destructive sur les éléments spécifiques du système nerveux central.

Ces observations ne font connaître que le stade final du processus anatomique. Pour élucider les modifications déterminées par le traumatisme, Schmaus tenta de produire des commotions spinales par voie expérimentale. A cet effet, il procéda de la façon suivante : l'ébranlement fut communiqué à l'animal (lapin) tenu verticalement en l'air au moyen d'une planche posée sur son dos et sur laquelle on frappait avec un marteau. Il put ainsi déterminer la commotion spinale sans qu'il y eût blessure de la peau ni lésion de la colonne vertébrale. Quatorze lapins, qui ont reçu en moyenne de 8 à 15 coups, présentèrent d'abord des convulsions dans les extrémités postérieures et quelquefois dans les membres antérieurs. Puis survint une paralysie, remplacée parfois par une parésie des membres postérieurs. En continuant le jour même ou les jours suivants à administrer des ébranlements au lapin, on arriva à une parésie persistante. Celle-ci dégénéra bientôt en paralysie. Deux semaines après, on observa l'atrophie bien marquée des extrémités postérieures en même temps qu'on constata l'insensibilité de ces parties, l'incontinence de l'urine et parfois le décubitus.

L'examen microscopique ne donna rien de positif quant aux modifications survenues dans la substance grise. La substance blanche montra des altérations nettes, qui consistèrent dans le gonflement et dans l'augmentation du diamètre transversal du cylindre d'axe. Celui-ci avait des dimensions six fois plus notables et fixait plus énergiquement les matières colorantes. Souvent le cylindre d'axe subit la dégénérescence hyaline ou colloïde.

Ces altérations portèrent sur des fibres nerveuses isolées ou sur des groupes de fibres. Les foyers malades siégèrent le plus fréquemment dans la portion inférieure de la moelle dorsale.

Ces faits semblent montrer que l'ébranlement provoque dans les éléments nerveux des modifications moléculaires que nos moyens ne nous permettent pas de reconnaître à l'origine, puisque les pièces provenant de lapins tués après l'expérience ne donnent que des résultats négatifs. C'est seulement quelque temps après que le cylindre axe est le siège de la dégénérescence décrite ci-dessus et qui consiste en une nécrose traumatique.

Les hémorragies ont un rôle secondaire dans le processus; les vaisseaux conservent leur structure normale.

Les modifications qu'on observe dans les commotions spinales déterminées sur les animaux peuvent avec raison être regardées comme les stades primitifs des lésions qui surviennent dans les commotions spinales de l'homme.

ED. RETTERER.

Extirpation expérimentale du pancréas : ses effets sur la digestion et l'économie générale, par Nicolas de DOMINICIS (*Gaz. hebdomadaire*, Paris, 20 décembre 1890).

Depuis 1888, l'auteur a pratiqué avec succès 34 extirpations totales du pancréas (30 chiens, 2 lapins, 1 porc, 1 agneau). Des 2 lapins, l'un est mort après dix jours et l'autre a survécu onze jours; à leur autopsie on a trouvé de vastes adhérences cicatricielles avec étranglement du duodénum. Le porc, opéré au mois de mai, vit encore. Des 30 chiens 9 sont morts dans le marasme, 3 vivent actuellement; quant aux autres, ils ont été sacrifiés pour les besoins de l'étude. Tous les animaux se sont très vite rétablis de l'opération; plusieurs ont survécu jusqu'à huit mois après la pancréatomie, et, parmi eux, 21 seulement ont eu de la glycosurie. Cependant tous ont présenté un amaigrissement progressif, de la polyphagie, de la polyurie, de la polydipsie, une augmentation de l'urée et des phosphates dans les urines et des dermatoses différentes. L'époque d'apparition du sucre a varié du premier au vingt-huitième jour après l'opération.

Comme lésions anatomiques, signalées par l'auteur d'après Boccardi, il existe des altérations du foie consistant soit en dégénérescence graisseuse, soit en atrophies simples ou pigmentaires, toujours intenses et diffuses, et une altération trophique, pareille à la dégénération grise et trouvée dans les faisceaux croisés des voies pyramidales de la moelle épinière. Il résulterait de ces altérations hépatiques rapides que la cause du diabète paraît être une espèce d'auto-intoxication, provenant des substances produites dans cette maladie par les troubles de la digestion, consécutifs à l'extirpation du pancréas.

OZENNE.

Experimentelle Versuche ueber klin. Bedeutung d. Darmgase (Recherches expérimentales sur l'importance clinique des gaz intestinaux), par NOWACK et BRAUNTIGAM (*Münch. med. wochenschrift*, nos 38, 39, 40, 41, 23 septembre-14 octobre 1890).

Les gaz intestinaux en pénétrant dans le péritoine peuvent agir : 1° en entraînant des microorganismes. Dans 2 séries d'expériences, Nowak et

Brauntigam arrivent à une conclusion négative ; 2° par des substances chimiques irritantes pour le péritoine : non seulement les gaz intestinaux n'irritent pas le péritoine, mais ils ne favorisent même pas son infection ; 3° en agissant comme substances toxiques, en particulier par l'hydrogène sulfuré qu'ils renferment. De 24 expériences, dont une seule positive à ce point de vue, les auteurs concluent que l'H²S existe rarement à l'état de liberté dans les gaz intestinaux, au moins en quantité notable. Il ne peut donc agir comme toxique. Les gaz intestinaux sont en résumé sans action toxique sur le péritoine et sur l'organisme ; 4° par une action mécanique en repoussant le diaphragme. Cette action est le plus souvent négligeable. Elle est quelquefois utile en empêchant la sortie des matières dans le cas de perforation intestinale.

P. TISSIER.

Anurie réflexe, par F. SPALLITTA (*Sicilia medica*, n° 1, p. 17, 1891).

Pour déterminer le mécanisme de l'anurie réflexe, Spallitta a cherché à déterminer sur l'uretère une excitation mécanique, plus ou moins comparable à celle produite par un calcul ; il a chez sept chiens pratiqué la ligature de l'un des uretères, à courte distance du bassin ; chez trois d'entre eux, il y eut de l'anurie, qui persista de 40 à 47 heures et jusqu'à deux jours chez le troisième. A l'arrêt réflexe de la sécrétion urinaire succéda une émission abondante d'urine ; les premières urines continrent constamment du sucre en petite quantité.

La présence du sucre autoriserait à admettre la transmission à la moelle allongée de l'excitation partie des uretères ; dans le bulbe existe en effet le centre de la sécrétion urinaire, d'où production du sucre par suite de l'excitation du centre glycogénique.

G. LYON.

Weitere Untersuchungen über das Wesen der Urämie (Nouvelles recherches sur la nature de l'urémie), par L. LANDOIS (*Münch. med. Woch.*, n° 21, 27 mai 1890).

Landois met à nu le manteau cérébral d'un singe de taille moyenne (macaque), et alternativement recouvre la surface de l'hémisphère droit et celle de l'hémisphère gauche avec de la créatine pulvérisée ; et comme chez les chiens et chez les lapins il a vu survenir, à la suite de cette irritation chimique, des mouvements convulsifs, semblables aux convulsions urémiques.

La ligature des deux carotides atténue les accès, mais ne les fait pas disparaître.

Il survient, en outre, en dehors des accès, des symptômes d'irritation et de paralysie dans la sphère motrice. A noter aussi le besoin de mouvement, qui a son analogue en clinique dans l'agitation des malades. Après les accès, on observe de la lourdeur des membres, de la roideur musculaire, de l'étrangement et de la fixité du regard, quelquefois des contractures (forme tétanique de l'urémie).

De ses recherches expérimentales, Landois conclut, au point de vue thérapeutique, à l'indication d'une narcose prolongée, aussi profonde que possible, de la saignée, et surtout d'une alimentation peu riche en sels et fournissant peu d'extractifs : féculents, sucre, graisses ; peu d'albumine.

P. TISSIER.

Bacillaire interstitielle Nierenentzündung (Néphrite bacillaire interstitielle),
par LETZENCH (*Zeitsch. für. klin. Medicin*, XVIII, p. 528).

Les caractères du bacille de cette néphrite infectieuse spéciale seraient : spores et bacilles, plus rarement filaments dans l'urine des malades. Ces bacilles très petits, très courts, sont droits ou régulièrement incurvés de façon à former un anneau complet ; ils peuvent se diviser en filament à plusieurs coudures ; ils sont presque immobiles et très faiblement et rarement animés de mouvements en vrille. — Leur culture se fait rapidement à partir de la température de 15°. — Ces bacilles forment un mycoderme abondant de coloration jaunâtre ; les colonies isolées se fusionnent très vite. Les spores sont distribuées au milieu des filaments par couches de 3 à 6 ; leur distribution dans les bourgeons de division est plus ou moins irrégulière. — Sur la gélatine, les cultures s'étendent très vite et le mycoderme nage un peu au-dessous du niveau du liquide. La simple coloration au violet de méthyle est facile et durable. — Douze tentatives d'inoculation chez le lapin ont donné des résultats positifs. — Ce bacille se retrouverait dans l'eau des ruisseaux, la mauvaise eau de puits. Le pronostic est assez favorable et la forme aiguë ou chronique se termine d'ordinaire par la guérison.

A.-F. PLICQUE.

Die chemische Reizbarkeit der Leukocyten und deren Beziehung zur Entzündung und Eiterung (L'irritabilité chimique des leucocytes et ses rapport avec l'inflammation et la suppuration), par H. BUCHNER, Friedrich LANGE et Friedrich RÖMER (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 47, p. 1084, 24 novembre 1890).

1° Irritation des leucocytes par les éléments constitutants des cellules bactériennes. — Toutes les substances albuminoïdes des cellules bactériennes jouissent de propriétés attractives ou chimicotaxiques à l'égard des leucocytes. Buchner l'a constaté pour les protéines du pneumobacille de Friedlaender, des bacilles pyocyaneus, subtilis, typhoïdique, rouge des pommes de terre, de l'acide lactique et du staphylocoque pyogène doré.

2° Irritation des leucocytes par des produits de décomposition. — Seuls, des produits expérimentés, le glycoColle et la leucine ont la faculté d'attirer les leucocytes, mais elle est beaucoup moindre que celle des protéines bactériennes. Les expériences de Buchner ont porté, en outre, sur les butyrate et valérianate d'ammoniaque, sur l'ammoniaque, la triméthylamine, la tyrosine, l'urée, l'urate d'ammoniaque et le scatol. La plupart de ces substances sont douées de propriétés chimicotaxiques négatives, c'est-à-dire qu'elles repoussent les leucocytes, quelques-unes leur sont indifférentes.

3° Irritation des leucocytes par la caséine végétale. — La caséine du gluten et la légumine, ainsi que les farines de froment et de pois, attirent les leucocytes ; l'amidon et le biphosphate de soude ne les attirent pas. Par des expériences comparatives, Buchner s'est assuré que l'attraction n'était pas affaire de contact.

4° Irritation des leucocytes par les produits de métamorphose des tissus animaux. — La gélatine, l'ichthyocolle, les albuminates alcalins préparés avec la chair musculaire, avec le foie (surtout), avec le poumon, avec le rein, avec le sang et avec le jaune d'œuf ; l'hémialbumose, atti-

rent les leucocytes, tandis que la peptone d'albumine, les albuminates alcalins tirés de la fibrine et du blanc d'œuf ne les attirent pas. En rapprochant ces résultats de ceux indiqués plus haut, on voit que la propriété chimiotaxique n'est pas commune à la totalité des produits de transformation des tissus animaux; elle manque en particulier le plus souvent dans les termes finaux du processus d'oxydation.

5° *Leucocytose générale par irritants chimiques.* — Toutes les substances qui irritent les leucocytes provoquent une augmentation considérable du nombre des leucocytes dans le sang, lorsqu'on les injecte dans la veine auriculaire du lapin; avec la protéine du bacille pyocyaneus, le chiffre des leucocytes peut être ainsi septuplé, tandis que celui des globules rouges varie peu. Ce n'est que quelques heures après l'injection que l'augmentation des leucocytes commence; elle se maintient jusqu'au lendemain et peut être encore accrue par des injections nouvelles. En injections sous-cutanées, la caséine de gluten jouit de propriétés semblables, mais moins marquées; le nombre des leucocytes peut être triplé, de même qu'avec l'albuminate alcalin retiré des muscles de veau, employé en injections intra-veineuses.

6° *Rapport entre l'attraction des leucocytes et l'inflammation et la suppuration.* — Il est impossible de séparer l'un de l'autre les deux phénomènes de simple leucocytose et d'inflammation. Wilhelm Meyer et Ludwig Raab se sont prêtés aux expériences suivantes: injection sous la peau de l'avant-bras (avec toutes les précautions antiseptiques) de 1 centimètre cube d'une solution stérilisée et très diluée, contenant 3 milligrammes et demi de protéine solide. Les phénomènes consécutifs furent tout à fait analogues à ceux que détermine l'injection hypodermique d'une culture stérilisée et diluée de pneumobacilles: deux heures après l'injection, douleur le long des lymphatiques du bras et léger gonflement à l'entour de la piqûre; la température ne s'élève pas au-dessus de 37°,8. Le lendemain, gonflement érysipélateux rouge et douloureux, dans l'étendue de deux paumes de main autour du lieu d'injection; cordons rouges formés par les lymphatiques. Le troisième jour l'érysipèle s'est encore étendu, allant sur un côté de l'avant-bras, du poignet jusqu'au coude. Le quatrième jour seulement commence la régression.

L'injection sous la peau de l'avant-bras avec une quantité triple de caséine de gluten provoqua également un érysipèle, mais moins étendu et sans lymphangite. (*R. S. M.*, XXXVII, 63.) J. B.

Nachweis von Eiterkokken im Blute... (Recherche des microcoques pyogènes dans le sang au point de vue du diagnostic), par EISELSBERG (*Wien. klin. Wochenschr.*, n° 38; 1890).

Dans quatre cas, l'examen d'une goutte de sang prise au doigt a permis de préciser un diagnostic douteux et d'instituer un prompt traitement. Il s'agissait une fois de septicémie post-opératoire, une autre fois d'ostéomyélite, et dans deux autres cas d'abcès profonds consécutifs à des traumatismes. Dans le sang on a vu une fois le streptocoque pyogène, deux fois le staphylocoque doré et une fois le staphylocoque blanc.

LEFLAIVE.

Bakteriologisch-chemische Untersuchungen über Tuberkelbacillen, par A. HAMMERSCHLAG (*Centr. f. klin. Med.*, n° 1, 1891).

Les bacilles séparés de leurs cultures ont l'aspect de grumeaux visqueux un peu rosés, exhalant une agréable odeur de fruit. L'eau entre dans leur constitution pour les 85 centièmes environ. L'alcool permet d'en extraire de la graisse, de la lécithine et une substance toxique. Le résidu comprend une substance albuminoïde et de la cellulose; c'est à la combinaison de ces deux éléments, et non à l'un d'eux, qu'appartient la réaction caractéristique des bacilles vis-à-vis des matières colorantes.

Les hydrates de carbone sont nécessaires au développement des bacilles de la tuberculose, qui les utilisent pour leur nutrition. Au bout de 3 à 6 mois, une culture de bacilles n'a détruit de sucre de raisin que le quart environ de son propre poids. Il ne se forme que des traces insignifiantes d'alcools.

Les produits bacillaires se sont montrés fort peu toxiques; il a été possible d'en extraire une sorte de toxalbumine causant l'hyperthermie. Ces produits n'entravent pas le développement ultérieur de bacilles tuberculeux, qui vivent aussi bien dans des bouillons où d'autres colonies ont déjà vécu, que dans des milieux vierges. Des lapins ayant subi des injections de produits bacillaires ont été ensuite inoculés avec des bacilles virulents; ils n'ont pas présenté la moindre immunité et sont morts aussi vite que les animaux de contrôle.

La virulence disparaît par la culture dans le bouillon glycérimé maintenu pendant huit mois à la température de 38 à 39°; mais l'inoculation de ces cultures atténuées ne donne aucune immunité. LEFLAIVE.

Ueber die keimtödtende Wirkung des galvanischen Stromes (Le courant galvanique destructeur des microbes), par PROCHOWNICK et SPÆTH (*Deutsche med. Woch.*, n° 26, p. 564, 1890).

Ayant remarqué la disparition rapide des germes dans les sécrétions utérines à la suite de l'application de la sonde galvanique à l'utérus, les auteurs ont étudié l'action du courant galvanique sur les microbes.

La résistance au courant varie suivant les milieux; elle est beaucoup plus grande dans l'eau stérilisée que dans la gélatine, la solution de sel de cuisine et surtout le bouillon.

Du reste, quel que soit le liquide, les bacilles qu'il contient (bacille du foin, staphylococcus pyogenes aureus, bacillus anthracis) ne sont influencés en aucune façon par le passage du courant galvanique.

Au contraire, si l'on met l'agar-agar contenant les microbes sur les électrodes en platine elles-mêmes et qu'on place le tout dans la solution de sel de cuisine, on observe au pôle positif la destruction des micro-organismes. Ils sont simplement affaiblis au pôle négatif.

Le pôle positif anéantit donc la vitalité des microbes. Il réalise au plus haut degré l'antisepsie locale. On peut attribuer ce résultat au dégagement de chlore à l'état naissant qui, dans la solution de NaCl, s'effectue au pôle positif.

L. GALLIARD.

Die Bedeutung der Anaerobiose für die Wundheilung (L'anaérobiose au point de vue de la guérison des plaies), par BRAATZ (*Deutsche med. Woch.*, n° 46, p. 1033, 1890).

C'est surtout comme anaérobies que les bactéries se développent dans les plaies fermées et dans l'intérieur du corps humain ; elles secrètent leurs produits toxiques sans l'intervention de l'oxygène. Pour étudier leurs réactions, il faut donc les cultiver à l'abri de l'air.

L'auteur mesure leur puissance de réduction sur une matière colorante (l'indigo mélangé à l'agar) ; or, le temps nécessaire à la décoloration varie avec un même bacille suivant le procédé de culture, quand ce bacille est facultativement aérobie ou anaérobie.

Le staphylococcus pyogenes aureus, que l'auteur prend comme exemple, se comporte de deux façons différentes avec l'iodoforme ; cet antiseptique n'empêche pas le développement aérobie du staphylococcus, tandis que, dans les cultures anaérobies, il le prive de la faculté de décolorer l'indigo et arrête son développement.

Au point de vue chirurgical, on envisagera spécialement les anaérobies.

L. GALLIARD.

Ueber die Reaction der Gewebe auf spezifische Reize (Sur la réaction des tissus à des irritants spécifiques), par G. CATTANI (*Beiträge z. path. Anat.*, VII, 2, p. 171.)

Ces recherches ont été faites en inoculant différentes bactéries dans la cornée, qui fut ensuite étudiée histologiquement.

Les différentes bactéries agissent diversement sur les éléments fixes des tissus où elles se développent. Quelques-unes ne provoquent que des phénomènes régressifs (staphylococcus pyogenes aureus, bacille de la diphtérie), d'autres seulement des mitoses (pneumocoque de Fränkel) ; d'autres peuvent, dans certaines conditions, provoquer les deux sortes de phénomènes (streptococcus pyogenes) ; enfin certaines peuvent se développer sans produire aucune réaction (micrococcus tetragenus).

La présence et la multiplication des bactéries s'accompagnent tôt ou tard d'une infiltration de leucocytes, d'autant plus rapide que l'action des microbes est plus nocive, et inversement. Dans quelques cas, les leucocytes prennent les microbes dans leur corps cellulaire dès les premières heures, mais n'empêchent pas leur multiplication ultérieure ; d'autres fois, les leucocytes ne prennent les bactéries que lorsque la vitalité de ces dernières est manifestement diminuée.

La régression des bactéries a toujours lieu tôt ou tard pour les espèces qui restent localisées dans les tissus ; elle manque ou est moins prononcée pour celles qui se développent dans le sang (choléra des poules, pneumocoque de Fränkel).

C. LUZET.

Ueber bacterienfeindliche Eigenschaften verschiedener Blutserumarter (Des propriétés bactéricides des divers sérums), par BEHRING et NISSEN (*Zeitschrift für Hygiene*, vol. XIII, n° 3).

Les auteurs étudient les rapports de l'immunité des animaux vis-à-vis des maladies infectieuses et de l'action bactéricide de leur sérum. Aucun des animaux facilement infectés par la bactériémie charbonneuse ne pré-

sente un sérum aussi bactéricide à son égard que celui du rat. Le sérum de cobayes normaux tue les bacilles du choléra qu'on ne rencontre jamais dans le sang pendant la vie. Il n'a pas la même efficacité vis-à-vis du microbe de la septicémie vibrionienne, sauf quand l'animal y a été précédemment rendu réfractaire. La substance mortelle pour le vibrion de Metschnikoff qui se trouve alors dans son sang doit être différente de celle qui rend le rat réfractaire au charbon; car celle-ci ne protège pas plus le rat contre le vibrion de Metschnikoff que l'immunité du cobaye vis-à-vis de ce dernier ne le protège contre le charbon.

Cette immunité contre les maladies infectieuses ne se produit pas toujours de la même façon. C'est ainsi que le sérum du mouton réfractaire au charbon, le sérum du lapin réfractaire à la pneumonie, ne présentent pas trace d'action bactéricide contre les microbes de ces maladies.

L'action bactéricide du sérum ne peut donc pas être considérée comme une donnée générale exacte, et il faut l'étudier pour chaque animal et pour chaque espèce microbienne.

LEFLAIVE.

Zusammenf. Uebersicht ueber die bakterienvernichtende Eigenschaft des Blutserum (Considérations d'ensemble sur la propriété bactéricide du sérum sanguin), par A. GOTTSTEIN (*Therapeutische Monatshefte*, avril 1891).

La sérosité du vésicatoire agit-elle comme le sérum sanguin, obtenu avec le sang défibriné? Quelle est l'action du sérum sur le bacille tuberculeux?

Les expériences de Gottstein ont donné une réponse complètement affirmative à la première question. Il réserve encore la seconde.

Voici le résumé de ses expériences faites avec le bacillus fluorescens non liquefaciens. Au début, colonies innombrables; au bout d'une demi-heure d'action de la sérosité de vésicatoire, 80 colonies par centimètre cube; 70, au bout d'une heure; 53, au bout d'une heure et demie; 44, au bout de deux heures; 30, au bout de deux heures et demie.

Par contre, les solutions de cantharidates alcalins n'ont aucune action antiseptique, ce n'est donc pas par leurs propriétés antiparasitaires que l'on peut expliquer les effets de ces sels dans la tuberculose. P. TISSIER.

Recherches sur la fonction de la rate dans les maladies infectieuses, par J. BARDACH (*Annales de l'Institut Pasteur*, janvier 1891).

Le pouvoir bactéricide du sang, par lequel on a voulu récemment expliquer l'immunité, ne peut rendre compte de tous les faits. Le sérum du lapin est bien plus actif vis-à-vis de la bactérie charbonneuse que celui du chien. Et cependant le chien est, contrairement au lapin, fort peu sensible au charbon. Et puis Lubarsch a démontré que le pouvoir bactéricide du sérum augmente considérablement en dehors de l'organisme; il y a là l'effet d'une modification *post mortem*, nullement à négliger.

L'immunité est surtout due à l'action des éléments cellulaires et de certains organes.

Les premières recherches de Bardach sur la fonction de la rate ayant provoqué des critiques, il les réfute et ajoute une nouvelle preuve à sa théorie.

Il a appliqué parallèlement à des lapins dératés et non dératés la méthode de vaccination charbonneuse de Roux et Chamberland (inoculation de grandes quantités de vaccin dans le sang, puis de 0^{co},25 de second vaccin sur la peau). Les lapins étaient dératés depuis 1 à 3 mois. Ils supportent bien l'opération.

Trente-cinq lapins normaux subirent très bien la vaccination ; sur les trente-cinq dératés, vingt-six moururent et l'on trouva dans le sang et les organes de nombreuses bactériidies, alors que chez les lapins normaux celles-ci disparaissent du sang en quelques heures. La rate joue donc un rôle très important, primordial parmi les organes qui contribuent à l'efficacité de la vaccination. Elle n'est d'ailleurs pas le seul organe qui contribue à l'acquisition de l'immunité (6 cas de survie sur 35 chez les lapins dératés).

P. TISSIER.

I. — Zur Kenntniss der Anaeroben. Dritte Abhandlung. Ueber oxydirende und reducirende Nährböden, par KITASATO et WEYL (*Zeitschr. f. Hyg.* 1890, et *Hygienische Rundschau*, I, 136, 15 février 1891).

II. — Ueber das Verhalten von Milzbrand-und Cholerabacillen in reinem Quarz-und reinem Marmorboden, par L. MANFREDI et A. SERAFINI (*Arch. f. Hyg.* 1890, et *Hygienische Rundschau*, I, 137, 15 février 1891).

I. — Kitasato et Weyl ont ajouté isolément à des sols nourriciers constitués par du bouillon ou de l'agar des substances réductrices, telles que le sulfite et l'hyposulfite de soude, et comme agents oxydants, du chlorate et de l'iodate de potasse, de l'iodate et du chromate de soude, en faisant varier la concentration de 0,1 à 1 0/0 (jusqu'à 3 0/0 pour le chlorate de potasse). Voici les résultats.

Les substances réductrices ne favorisent pas toutes le développement des anaérobies ni ne nuisent toutes à celui des aérobies. Aucune substance oxydante n'a nettement favorisé le développement des aérobies.

En leur qualité d'agents oxydants, les iodates de soude et de potasse peuvent servir à l'étude biologique des bactéries, parce qu'en même concentration ils empêchent la croissance des anaérobies sans gêner le développement des aérobies.

II. — Pour rechercher si la nature des roches dans les divers terrains exerce quelque influence sur la pullulation des bactéries pathogènes, Manfredi et Serafini ont fait des expériences comparatives avec des sols artificiels, les uns de quartz, les autres de marbre. Avec des fragments de marbre et de quartz, purs et secs, concassés en deux grosseurs différentes (gravier fin de 2 à 4 millimètres, et gros sable de 1 à 2 millimètres), ils ont rempli, en les tassant, des cylindres en tôle de 20 centimètres de haut. Ces cylindres, une fois pleins, ont été stérilisés d'abord par la vapeur à 120°, puis par la chaleur sèche de 160-170°; ensuite on les a imprégnés d'un liquide nourricier stérile et on les a fermés hermétiquement en haut et en bas, en laissant deux ajutages libres. Le troisième jour, on y plaça les cultures et dès lors on y fit affluer journellement 300 à 400 litres d'air dépouillé de germes et d'acide carbonique.

Manfredi et Serafini ont constaté que les conditions de multiplication et de vitalité des bacilles charbonneux et cholériques sont plus favo-

rables dans le sol de marbre que dans celui de quartz et, pour chacun de ces deux sols, beaucoup plus favorables dans le terrain dont les pores sont les plus fins. La durée du développement des micro-organismes est également plus courte dans les terrains à pores volumineux que dans les autres, et dans le quartz que dans le marbre. Enfin, les bacilles se répandent plus rapidement dans les différentes couches du marbre que dans celles du quartz.

Comment expliquer les différences constatées entre les sols de marbre et de quartz d'une part, d'autre part entre les sols à nature de gravier et de sable. Manfredi et Serafini ont reconnu qu'elles ne tenaient ni à un excès d'acide carbonique mis en liberté par le carbonate de chaux du marbre, ni à une plus forte proportion de bouillon nourricier, mais bien aux dimensions des pores. Les terrains à pores grossiers retiennent moins de liquide nourricier et partant davantage d'air. Or, Soyka a montré que plus un sol est aéré, plus est intense la sporulation, avec le début de laquelle les substances nourricières cessent d'être utilisées et le développement des bactéries s'arrête. C'est donc à un retard dans la formation des spores qu'est dû le développement à la fois plus actif et plus durable des micro-organismes dans les sols finement poreux. D'autre part, c'est à la mauvaise conductibilité du marbre pour la chaleur qu'il doit de se prêter mieux que le quartz à la pullulation des micro-organismes.

J. B.

Des races du bacille pyocyanique, par C. GINARD (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 2, 25 février 1891).

Le bacille pyocyanique a deux fonctions chromogènes :

A. La fonction pyocyanogène, la plus importante en tant que caractéristique de l'espèce, qui dépend : 1° du *milieu*, par rapport au type de l'espèce le plus parfait. L'albumine est réfractaire à la production de pyocyanine; le bouillon est indifférent, étant aussi bien approprié à l'autre fonction; la peptone est le milieu le plus favorable; 2° du *microbe*. Par rapport au milieu d'épreuve ordinaire, le bouillon, on distingue plusieurs races : une n'a que la fonction pyocyanogène; une autre race l'exerce concurremment avec la fonction fluorescigène; des races en sont dépourvues, mais elle reparait pour ces dernières en milieu gélatino-peptone glycinée, et d'un autre côté par la culture en série du microbe dans le milieu réfractaire elle est exaltée au point d'atteindre, par report dans le bouillon même, à la pureté et à l'intensité d'effets d'ordinaire spéciales à la peptone.

B. La fonction fluorescigène, commune au bacille pyocyanique et à plusieurs microbes.

L'albumine, le bouillon la favorisent; la peptone l'exclut. Par rapport aux milieux favorables, elle est également sous la dépendance des races.

P. TISSIER.

Studien über den Typhusbacillus, par W. CYGNAEUS (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, VII, 3, p. 375).

Ces recherches sont basées sur l'inoculation de cultures pures de bacille typhique à des animaux. Sur 16 lapins, 9 résultats positifs; sur

11 chiens, 3. 8 souris inoculées dans le péritoine moururent toutes, et sur 9 soumises à des inhalations, 1 seule mourut. Il est vrai que dans bien des cas la mort suivit de si près l'inoculation, que l'on doit se demander s'il n'est pas intervenu quelque cause d'erreur. Cependant, Cygnaeus n'en admet pas moins avoir réussi à produire une infection par le bacille typhique. Cette infection, quel que soit le mode d'infection, se caractérise par de l'élévation thermique, de la somnolence, une perte de l'appétit, de la diminution des forces et de la diarrhée; souvent cette affection se termine par la mort. Les altérations anatomiques sont assez constantes; ce sont : de la tuméfaction de la muqueuse intestinale et des plaques de Peyer, une tuméfaction de la rate, des altérations du foie, et l'on peut constater dans l'organisme la présence de bacilles. Dans les cas où la mort n'est survenue qu'assez tardivement, la présence de ces bacilles, remplissant quelquefois des anses vasculaires, prouve qu'ils se sont multipliés dans le corps, qu'ils ont été pathogènes.

C. LUZET.

Wie lange können die Abdominaltyphusbacillen... (Combien de temps les bacilles de la fièvre typhoïde peuvent-ils vivre dans le corps humain ?) par ORLOW (*Deutsche med. Woch.*, p. 1086, n° 48, 1890).

Une jeune fille de 22 ans a eu la fièvre typhoïde à la fin de janvier 1889; la maladie a duré six semaines. Dès lors, elle a du gonflement et de la douleur au niveau du tibia droit. Le 26 septembre, les accidents s'étant exaspérés, on incise jusqu'à l'os; on trouve une tumeur grisâtre sous-périostique et une masse bourgeonnante dans le tissu osseux; celui-ci est largement ouvert à l'aide de la gouge et du maillet. Guérison complète, disparition des douleurs.

Or les granulomes sous-périostique et intra-osseux contiennent des bacilles typhiques sans mélange d'autres microbes; c'est ce que démontrent les cultures.

Donc les bacilles typhiques ont conservé leur vitalité dans l'organisme pendant huit mois; on les trouve vivants huit mois après le début, six mois et demi après la fin de la dothiéntérie.

L. GALLIARD.

Zur Ätiologie der Eiterung (Suppuration), par KAPPER (*Wien. med. Presse*, n° 27, p. 1073, 1890).

L'auteur considère le micrococcus tetragenus comme pyogène. Le fait a été constaté déjà dans cinq cas par Jakowski (2 cas), Poznanski, Vangel et Park, où le microbe existait seul. Voici un sixième cas :

Garçon de 14 ans atteint depuis le 3 mars de gonflement du maxillaire inférieur à droite. Il s'agit d'un abcès dentaire qui est incisé le 11 mars; il y a de la périostite.

Le pus fétide, verdâtre, est placé dans une éprouvette stérilisée. Les cultures ne fournissent qu'un seul microbe : le micrococcus tetragenus.

La porte d'entrée a été la dent cariée.

L. GALLIARD.

Action comparative sur les animaux des toxines de la putréfaction et de celles de la tuberculose; leur influence sur la marche de la tuberculose expérimentale, par KOSTIURINE et KRAINSKY (*Vratch*, 2 et 3, 1891).

La toxicité des produits microbiens de la putréfaction est en raison directe de la complexité du milieu nutritif putréfié.

Les milieux peuvent se classer comme il suit, selon leur pouvoir pyrogène descendant : macération putréfiée de viande fraîche, bouillon de viande, solutions salines (liquide de Naegeli).

Les extraits aqueux sont plus actifs que les extraits alcooliques : la période de putréfaction la plus propice est comprise entre le cinquième et le trentième jour ; toutefois les produits âgés de plus d'un an ont manifesté une certaine activité.

L'injection hypodermique est plus active que l'injection intraveineuse.

L'effet immédiat des injections d'extraits tuberculeux, diminution de la pression sanguine, arythmie, etc., est plus marqué que celui des injections putrides ordinaires.

Les produits tuberculeux ont une action élective sur le myocarde et l'endocarde.

L'introduction dans l'organisme de ces extraits localiserait le processus tuberculeux et lui prêterait une tendance à la caséification.

DE KERVILLY.

Sur la distinction des staphylocoques blanc et orangé d'après la virulence et le pouvoir chromogène, par LANNELONGUE et ACHARD (*Société de biologie*, 7 juin 1890).

Rodet et Courmont ont invoqué, pour admettre l'identité des staphylocoques blanc et jaune : 1° l'identité expérimentale de ces deux microbes ; 2° les variations du pouvoir chromogène de leurs cultures.

Les deux staphylocoques produisent, il est vrai, des lésions de même nature, mais ces lésions ne sont obtenues, si l'on emploie le staphylocoque blanc, qu'avec une dose plus forte de virus et au bout d'un temps plus long.

Quant aux variations de la fonction chromogène, elles se produisent sous l'influence de causes diverses, mais ne sont que temporaires. Il suffit de réensemencer des cultures d'aureus décolorées, pour leur rendre, après plusieurs passages successifs sur le même milieu, tout leur pouvoir chromogène. Le staphylocoque blanc, au contraire, après toute une série d'ensemencements, conserve toujours sa couleur blanche. G. LION.

Ueber die Ätiologie des Lungenbrandes (Gangrène du poumon), par HIRSCHLER et TERRAY (*Wien. med. Presse*, n° 18, p. 697, 1890).

Dans 3 cas de gangrène du poumon, les auteurs ont trouvé à côté d'autres microbes un micrococcus, long de 0 μ ,7 à 0 μ ,8, qui apparaît isolé, dont la culture réussit dans la gélatine, l'agar-agar, le sérum sanguin, à la température de 20 à 24°. A la surface de la gélatine apparaît, le troisième jour, un dépôt grisâtre ; du huitième au dixième jour, la couche épaissie se divise en 4 à 6 segments, ce qui lui donne l'aspect d'un trèfle à plusieurs feuilles. La gélatine se liquéfie lentement. A la surface de l'agar, on voit se former une couche à stries radiées. Toutes les cultures dégagent rapidement une odeur gangreneuse très intense ; elles contiennent toujours l'indol et le scatol, qui sont des produits de la putréfaction de l'albumine.

Le micrococcus se colore bien par la fuchsine, le violet de gentiane et le violet de méthyle ; il se colore mal par la méthode de Gram.

L'injection des cultures dans le sang des lapins détermine des phénomènes d'infection. Dans la plèvre, elle produit la pleurésie avec foyers pulmonaires ramollis; dans le poumon, les foyers gangreneux; dans les voies respiratoires, la bronchite purulente avec atélectasie pulmonaire et noyaux broncho-pneumoniques.

Le micrococcus a donc une action pathogène spécifique, générale et locale. On peut le considérer comme l'agent de la gangrène.

Les substances qui s'opposent le mieux à son développement sont le sublimé et l'acide phénique; puis viennent l'eucalyptus, la térébenthine, ensuite le menthol, le myrthol et l'alcool.

L. GALLIARD.

Tumeurs lymphadéniques multiples avec leucémie. Constatation d'un microbe dans le sang pendant la vie et dans les tumeurs enlevées aussitôt après la mort, par KELSCH et VAILLARD (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 5, p. 277, 25 mai 1890).

Dans un cas de leucémie rapide (9 mois), chez un soldat âgé de 24 ans, avec lymphomes multiples dans le tissu cellulaire sous-cutané et les os, et hypertrophie énorme des ganglions du hile du foie, Kelsch et Vaillard trouvèrent et cultivèrent dans le sang recueilli pendant la vie un bacille court, trapu, arrondi aux extrémités, isolé ou formé de plusieurs articles, non colorable par le procédé de Gram, se colorant facilement avec le bleu de méthylène alcalin, les solutions hydro-alcooliques de violet de gentiane et de méthyle, et de fuchsine, montrant alors ses pôles vivement colorés, tandis que le centre reste clair, incolore.

Ils le retrouvèrent en abondance sur les coupes de tumeurs. Il se cultive bien dans le bouillon de bœuf peptonisé à 35°, en formant un dépôt blanchâtre, floconneux; sur la gélatine qu'il ne liquéfie pas et où il forme une culture nacréée, translucide, à reflets irisés, qui s'épaissit modérément ensuite; sur la gélose et sur pommes de terre. Dans les tissus, les bacilles occupent surtout les vaisseaux sanguins.

P. TISSIER.

Die Aetiologie der Diphtherie, par Franz TANGL, (*Orvosi Hetilap*, n° 41, 1890, et *Hygienische Rundschau*, I, 15, 1^{er} janvier 1891).

Dans les 18 cas de diphtérie qu'il a examinés, Tangl a trouvé constamment le bacille de Klebs et de Loeffler, à la fois par le moyen des cultures et par l'examen microscopique des fausses membranes qu'il a pratiqué dans 10 cas. L'inoculation de ces bacilles aux lapins et aux pigeons a déterminé une maladie semblable à la diphtérie humaine. Pour qu'il y ait production de fausses membranes, une lésion préalable de la muqueuse est nécessaire. Au sein de ces fausses membranes, Tangl a constaté la même répartition des bacilles que Spronck (*R. S. M.*, XXXVII, 74).

La disparition des manifestations locales est maintes fois, chez les lapins et les chiens, suivie d'albuminurie et de paralysies comme chez l'homme; ces paralysies siègent ordinairement sur les membres postérieurs. La maladie se termine, après un certain nombre de jours ou de semaines, généralement par la guérison chez les pigeons et par la mort chez les lapins.

Tangl a pu aussi déceler la toxalbumine dans les fausses membranes diphtéritiques, en filtrant leur extrait aqueux à travers une bougie de porcelaine. Ce filtrat injecté aux pigeons et lapins provoque chez eux exactement les mêmes phénomènes morbides que les bacilles eux-mêmes (*R. S. M.*, XXXVII, 452).

J. B.

Zur Lehre von der Septicæmie, par GOTTSTEIN (*Deutsche med. Woch.*, n° 24, p. 524; 1890).

L'auteur tue les cochons d'Inde avec une culture de choléra des poules qui ne peut avoir d'action sur eux qu'à condition de leur injecter en même temps un poison destructeur des globules rouges (acide pyrogallique, acide chlorhydrique, pyrodine ou hydracétine). Le résultat est dû à une septicémie qui n'envahit que les organismes bien préparés par l'intoxication.

Voici trois cobayes : *A* reçoit une injection sous-cutanée d'hydracétine, il ne meurt pas. *B* reçoit une injection de choléra des poules, il ne meurt pas. *C* reçoit successivement les deux injections, il meurt. Autopsie cinq heures après la mort; abcès au siège des injections, sang liquide, infarctus pulmonaires, noyaux apoplectiques, rate hypertrophiée, hémorragies intestinales. Dans le sang du cœur, bacilles de choléra des poules nombreux; les cultures tuent les lapins et les souris en vingt-quatre heures.

Autre expérience sur trois cobayes à qui l'auteur fait de larges plaies à l'abdomen. *A* reçoit une injection d'acide pyrogallique; *B* une injection d'hydracétine; *C* rien. Chez ce dernier, la plaie guérit. Chez les deux autres, elle est transformée par les micro-organismes du laboratoire en ulcération suppurante et en phlegmon. Ces deux animaux ont donc subi la septicémie.

L. GALLIARD.

Contributions à l'étude de la vaccination charbonneuse, par Mme O. METCHNIKOFF (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 3, 25 mars 1891).

Les bacilles du vaccin charbonneux produisent leur effet en se cultivant au point d'inoculation, sans se propager nécessairement dans l'organisme; ils ne pénètrent qu'exceptionnellement et à un faible degré dans les organes. La vaccination est donc due aux produits de bacilles qui se diffusent au point d'inoculation dans l'organisme.

La destruction des bacilles a lieu au point d'inoculation et s'opère par l'activité phagocytaire des micro et macrophages. La vaccination consiste sans doute dans l'accoutumance des éléments cellulaires aux produits toxiques des bacilles; chez les animaux vaccinés, les vaccins et le virus se développent en effet normalement dans l'humeur aqueuse dépourvue de cellules, tandis qu'ils sont détruits dans l'organisme où ils deviennent accessibles à l'influence de ces dernières.

P. TISSIER.

Contribution à l'étude de l'immunité. Le charbon des poules, par K. E. WAGNER (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 9, 25 septembre 1890).

Dans les conditions ordinaires, la poule est réfractaire au charbon. L'immunité est due à l'activité phagocytaire des leucocytes. Le bacille charbonneux peut se développer et conserver sa virulence dans le corps de la poule. Son inoculation n'est pas un phénomène indifférent et s'accompagne de réaction fébrile.

La poule peut être atteinte de charbon et y succomber lorsqu'elle est privée du concours salutaire des leucocytes. Ces conditions se trouvent réalisées : (a) au mieux par la réfrigération de la poule par le bain froid, circonstance dans laquelle toutes les poules succombent (6 sur 6); (b) par l'action de l'antipyrine qui donne une mortalité moindre (6 sur 11); (c) par le chloral dont l'action est encore moins marquée (1 sur 8 comme mortalité).

P. TISSIER.

Ueber die Art, einem Thiere die Immunität gegen Tetanus... (Immunité contre le tétanos), par Guido TIZZONI et G. CATTANI (*Centralblatt f. Bakt. u. Parasit.*, 16 février 1891).

Dans une première série de recherches, Tizzoni et Cattani étudient *in vitro* les effets de différentes substances chimiques sur le poison tétanique.

Les substances chimiques employées furent des plus variées; mais aucune ne fut à même d'atténuer les poisons retirés par filtration des cultures pures. Toutefois, l'acide phénique, l'acide chlorhydrique et le trichlorure d'iode semblèrent modifier la toxicité du virus tétanique, en l'atténuant. C'est ainsi que l'acide phénique à 5 0/0, mélangé à un volume égal de culture tétanique filtrée, enlève à celle-ci toute toxicité dans un laps de temps relativement restreint, cinq minutes environ; mais aucune de ces trois substances, injectées sous la peau de souris, lapins, inoculés avec des cultures pures, après ou avant l'injection, ne put enrayer ou prévenir l'évolution du tétanos expérimental.

La seconde série de recherches porta sur l'action du serum sanguin de certains animaux rendus réfractaires au tétanos par la méthode de vaccinations. Il s'agissait dans ces expériences de pigeons et chiens qui présentent normalement une certaine résistance à la réceptivité tétanique. Or, avec le serum sanguin de ces animaux dont l'immunité relative fut rendue complète à l'aide d'injections sous-cutanées de doses progressivement croissantes de cultures tétaniques filtrées, les auteurs réussirent à conférer l'immunité contre le tétanos à d'autres animaux. Ils virent d'abord que ce serum, même en très petite quantité, recueilli de la manière habituelle, et mis en contact avec une culture filtrée de bacilles tétaniques sur gélatine, présente la propriété d'annihiler complètement la toxicité de ces cultures; pour cela il suffisait d'un contact relativement court, quinze à vingt minutes environ. L'innocuité des cultures ainsi traitées est absolue.

Le serum sanguin d'un chien réfractaire injecté sous la peau d'un chien non réfractaire confère à celui-ci une immunité complète même pour des doses sûrement mortelles dans les cas ordinaires.

Il en est de même des souris blanches, que la voie d'injection du serum soit sous-cutanée ou intra-péritonéale. Il suffit pour obtenir cette immunité absolue d'un demi-centimètre cube de serum sanguin d'animal réfractaire.

L'immunité ainsi réalisée n'est possible qu'avec des animaux de même espèce. C'est ainsi que le serum sanguin du chien réfractaire, par exemple, ne confère aucune immunité lorsqu'on l'injecte à des lapins ou des souris blanches.

Au point de vue thérapeutique le sérum d'animal réfractaire au tétanos s'est montré absolument inefficace. Il n'empêche en aucune façon l'éclosion et le développement des phénomènes tétaniques.

CRITZMANN.

Contribution à l'étude du tétanos, par VAILLARD et VINCENT (*Annales de l'Institut Pasteur, janvier 1891*).

Pour obtenir des cultures pures du bacille du tétanos, Vaillant et Vincent cultivent le pus ou le produit tétanique dans le vide sur bouillon de bœuf à 38-39°. Puis ils portent une petite parcelle de culture, en vase clos, à la température de 100° au bain-marie pendant deux minutes, et reportent cette semence dans le bouillon. Il faut parfois répéter plusieurs fois la même manœuvre pour obtenir des cultures pures et même s'adresser aux milieux solides.

Les cultures apparaissent du 4^e au 5^e jour.

On sait les analogies du tétanos et de la diphtérie : même localisation, en un point de l'organisme, du microbe pathogène, qui ne franchit pas la lésion locale; dans les deux cas, élaboration d'un poison chimique excessivement actif; dans les deux cas, l'état général, les lésions à distance relèvent du processus de l'intoxication, les deux poisons semblent appartenir à la classe des diastases.

Le poison tétanique respecte les muscles lorsque les nerfs de la région médullaire correspondante sont détruits. Son action (dose faible) peut se localiser à un groupe musculaire, à un muscle, et en cela le poison tétanique est comparable aux poisons musculaires.

Les cultures inoculées n'agissent que par la toxine qu'elles contiennent; si l'on inocule des bacilles et des spores sans toxine, même chez les animaux (cobayes) chez lesquels on détermine facilement le tétanos en les inoculant avec de la terre ou des produits recueillis sur un tétanique, non seulement les animaux ne présentent pas de tétanos, mais même les bacilles et spores finissent par disparaître.

Mais il est facile, par l'action d'un agent chimique (injection simultanée et au même point d'acide lactique, de triméthylamine) ou d'un traumatisme banal, de permettre à l'infection de se réaliser, même avec des quantités bien moindres de cultures.

De même l'association du micro bacillus prodigiosus aux spores du bacille tétanique favorise tout spécialement l'infection, sans doute par l'action des cellules vivantes de la culture du bacillus prodigiosus, et non par celle de ses produits de sécrétion.

De même il suffit d'imprégner de bacilles (sans toxine) un bourdonnet de ouate, de l'introduire sous la peau d'un cobaye sans suture ou en suturant incomplètement. Il y a suppuration légère, association microbienne, et grâce à cette association les germes tétaniques se multiplient et le tétanos apparaît.

Le bacillus subtilis, le bacille de Friedlaender, le streptocoque pyogène le staphylococcus pyogenes aureus, favorisent la culture du bacille de Nicolaï r.

Le microbe du tétanos existe pour ainsi dire partout, il entre aussi facilement que possible en contact avec les plaies. Les considérations précédentes permettent de comprendre pourquoi le tétanos est rare. Il faut, en

effet, pour que l'infection se produise, un trouble de la nutrition cellulaire et surtout des associations microbiennes (réalisées lorsqu'on inocule de la terre).

Les phagocytes jouent un rôle dans la protection contre le tétanos en agissant sur les spores avant qu'elles aient germé et produit leur poison. Celui-ci une fois produit, leur intervention est très difficile ou nulle; tandis, en effet, que les bacilles de Nicolaïer attirent les leucocytes, le poison tétanique paraît les repousser.

P. TISSIER.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Stoffwechselstörungen nach langer dauernder Chloroformnarkose (Troubles dans les échanges nutritifs par la chloroformisation prolongée), par KART et MESTER (*Zeitsch. f. klin. Medicin*, XVIII, p. 469).

Les recherches de Kart et Mester ont été faites : 1° sur des animaux soumis à une intoxication chronique par le chloroforme; 2° chez des opérés soumis à cet agent anesthésique dans des opérations de longue durée (une heure et demie à deux heures et demie). Dans les deux cas il y a effet toxique et trouble des échanges nutritifs. Anatomiquement on constate une dégénérescence graisseuse des parenchymes organiques chez les animaux intoxiqués. De plus ils perdent de leur poids et la destruction plus grande des matières albuminoïdes se traduit dans l'urine par une augmentation du chlore et de l'azote. Chez l'homme, après l'anesthésie prolongée, on trouve toujours une urobilinurie plus ou moins marquée; on trouve aussi dans l'urine une quantité assez considérable d'une matière analogue à la cystine et renfermant du soufre. De plus, le pouvoir réducteur est très augmenté par formation d'une combinaison d'acide glycurique; l'acidité subit une augmentation très notable, elle est doublée et même triplée.

A.-F. PLICQUE.

Effets toxiques de l'andromédotoxine, par PLUGGE (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 42, p. 978, 20 octobre 1890).

Plugge donne le nom d'andromédotoxine à une substance vénéneuse qu'il a retirée de diverses plantes de la famille des éricacées et notamment des feuilles du rhododendron ponticum. Tandis que la bruyère elle-même est complètement inoffensive, on connaissait depuis longtemps déjà la toxicité de plantes très voisines, telles que le ledum palustre, les rhododendrons et les azalées.

Plugge a obtenu l'andromédotoxine à l'état pur sous forme de cristaux incolores, anhydres, et ne renfermant pas d'azote, plus solubles dans l'eau froide que dans l'eau chaude. La dose mortelle en injections sous-cutanées est de 1 décimilligramme par kilogramme de poids, pour les

grenouilles et les pigeons, et de 3 décimilligrammes pour les chiens; les accidents consistent en violents vomissements, suivis de paralysie. La recherche du toxique dans l'économie est très difficile parce qu'on ne peut pas employer la méthode de Stas et d'Otto; une réaction caractéristique est la teinte rouge que prennent les solutions d'andromédotoxine quand on les fait bouillir avec des acides.

J. B.

Ueber Cédrrarin, ein neues Bittermittel, par KOBERT (*Berlin. klin. Woch.*, n° 42, p. 978, 20 octobre 1890).

La cédrarine a des effets digestifs en ce qu'elle excite les mouvements de l'estomac et de l'intestin; à doses un peu fortes, elle peut même déterminer une gastrite.

Comme la suractivité des mouvements intestinaux a pour conséquence la régularisation des selles, Kobert préconise la cédrarine, à la dose de 1 décigramme par jour, chez les chlorotiques et les anémiques, qui ont en général un appétit irrégulier et de la constipation.

J. B.

Wundbehandlung mit Cresalol, par H. BIRCHER, WIDMER et M^{lle} ZIMMERLI (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 19, p. 637, 1^{re} octobre 1890).

Le crésalol est un salicylate de crésol qui présente 3 isomères. Ces 3 corps sont des poudres blanches, cristallines, insolubles dans l'eau, facilement solubles dans l'alcool et l'éther et ayant l'odeur du salol.

L'orthocrésalol ne peut être employé au pansement des plaies à cause de ses propriétés physiques.

Le métacrésalol et le paracrésalol rendent tous deux d'excellents services et ont une même action sur les plaies; le premier mérite toutefois la préférence parce que ne s'agglutinant pas, il est plus facile à insuffler.

L'un et l'autre ont sur l'iodoforme le triple avantage de n'être pas toxiques, de restreindre davantage les sécrétions et de n'avoir qu'une faible odeur, nullement désagréable.

J. B.

L'acide phénique, la créoline et le lysol. Étude comparative de leur action sur divers microorganismes, par Ed. REMOUCHAMPS et SUGG (*Le Mouvement hygiénique*, VI, 367 et 409).

Le lysol doué de propriétés bactéricides plus puissantes que l'acide phénique, est moins irritant et beaucoup moins toxique.

Aussi actif que la créoline, il est moins toxique et présente l'avantage de former avec l'eau une solution parfaitement limpide et d'une plus grande stabilité.

Les expériences de Remouchamps et Sugg ont porté sur les bacilles de la fièvre typhoïde, du choléra et sur les spores charbonneuses.

La dose toxique pour les lapins est, par kilogramme de poids, de 2^{sr},30 de lysol, tandis qu'elle est de 1^{sr},10 de créoline et de 0^{sr},30 d'acide phénique.

Dans la pratique, on se servira des solutions suivantes chaudes de lysol :

Solution à 5 0/0, pour la désinfection instantanée (5 secondes) des mains, des instruments, des selles et autres produits infectés. Solution

à 2 1/2 0/0, pour la désinfection rapide (5 minutes) des mêmes objets et pour celle des cavités du corps et des plaies. Solution à 1 0/0, à chaud, pour la désinfection rapide (30 minutes) des linges et couvertures; à froid, pour leur désinfection lente (2 heures).

J. B.

Ueber die Anwendung des Lysol in der Praxis, par Fr. CRAMER et P. WEHMER
(*Berlin. klin. Wochens.*, n° 52, p. 1188, 15 décembre 1890).

Cramer et Wehmer ont employé avec profit le lysol, comme antiseptique, dans tous les cas de chirurgie et de gynécologie qui se sont présentés depuis six mois à l'hôpital.

Des éponges imbibées de pus n'ont donné que des cultures stériles après avoir subi un lavage soigneux à l'eau et un séjour de une heure dans une solution de lysol à 2 0/0.

Le lysol semble même être très supérieur comme désinfectant à l'acide phénique. De la soie bouillie deux heures dans une solution phéniquée à 10 0/0, a donné encore des cultures d'une bactérie ressemblant au bacille du foin, tandis qu'après une heure d'ébullition dans le lysol à 2 0/0, elle s'est toujours montrée stérilisée.

Un autre avantage du lysol (en solution de 1/4 à 5 0/0) est sa facile solubilité dans l'eau froide comme dans l'eau chaude. Mais pour avoir des solutions claires, il faut employer l'eau distillée. La nature savonneuse du lysol est précieuse pour le nettoyage des mains et pour celui des instruments dont il n'attaque pas le métal ni n'endommage le tranchant.

Pour les plaies propres et les irrigations vaginales, Cramer et Wehmer emploient des solutions de 1/4 à 1/2 0/0; pour les plaies infectées, des solutions à 2 0/0. Jamais ils n'ont eu d'accidents d'intoxication.

L'odeur du lysol se rapproche beaucoup de celles de l'acide phénique brut et de la créoline.

J. B.

I. — Action du bleu de méthylène sur les organismes vivants, par PILLIET
(*Tribune méd.*, 2 octobre 1890).

II. — Action de certaines couleurs d'aniline sur le développement et la virulence de quelques microbes, par J. ERAUD et L. HUGOUNENQ (*Lyon méd.*, 5 avril 1891).

III. — Ueber Pyoktanin, par BRANDENBERG (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 17, p. 572, 1^{er} septembre 1890).

I. — En mettant du bleu de méthyle, insensible à la potasse et dissous dans l'eau de mer, dans un bocal contenant simplement des infusoires marins et de petits crustacés, on n'observe pas de décoloration du bain, mais les animaux meurent bientôt. Si l'on place des algues communes et des fucus dans le fond du bocal, la coloration bleue disparaît en quelques heures. Les végétaux marins réduisent donc avec énergie le bleu de méthyle. La quantité de substance colorante employée était de 10 grammes de solution saturée par litre d'eau. Les bocaux étaient rechargés de couleur à des intervalles variant de trois à cinq jours. Au bout d'une semaine, la décoloration de l'eau par les fucus était toujours

aussi active, mais, à la surface du bocal, au contact de l'air, la zooglé de microbes s'était produite, comme dans les conditions normales; elle était seulement colorée en bleu intense, et formait une mince pellicule au-dessous de laquelle s'agitait une grande quantité d'infusoires.

Les microbes de la surface examinés pendant trois semaines, étaient de différentes sortes. Les uns, en forme de bâtonnets, très clairs, ne se coloraient pas; les autres, les plus nombreux, formaient des amas colorés en bleu, à tous les degrés, depuis une teinte très claire jusqu'au bleu foncé.

On peut donc conclure qu'un certain nombre de microbes saprogènes ne sont nullement détruits par le bleu de méthylène, en solutions très fortes et souvent renouvelées.

OZENNE.

II. — Éraud et Hugouenq ont essayé, à ce point de vue, les corps suivants : Jaune solide, azoflavine, rouge solide, fuchsine acide, jaune de naphтол, ponceau de xylydène, safranine et bleu de méthylène. Ces substances étaient mises dans des cultures de bacillus anthracis, de staphylocoque pyogène et de gonocoque. Les deux plus actives sont la safranine et le bleu de méthylène; elles paraissent, en effet, empêcher le développement des microbes et atténuer leur virulence. La vitalité du microbe n'est influencée que par une solution concentrée et un contact prolongé.

A. C.

III. — Brandenburg a eu recours, dans 23 cas de plaies et d'ulcères, au violet de méthyle, sous forme de crayons ou de solution au millième. Avant de l'employer, il a toujours eu soin de déterger les surfaces. Jamais il n'a vu survenir d'eczéma, et il conclut que, bien qu'on ne puisse guère attribuer à la pyocétanine la propriété de supprimer la suppuration, elle mérite toutefois d'être essayée dans les ulcères variqueux et dans les plaies qui sécrètent abondamment. (*R. S. M.*, XXXVII, 95.)

J. B.

Arbeiten des pharmakologischen Instituts zu Dorpat publiés par R. KOBERT
(in-8° Stuttgart, 1890).

1° Effets de l'uranium, par J. Worschilsky.

L'uranium est toxique à très faible dose. Il produit surtout de vastes hémorragies dans le tube intestinal, dans les reins, dans les 3 tuniques du cœur et dans le foie. Il retarde beaucoup la consommation d'oxygène dans le sang, rappelant en cela l'acide prussique. La gêne apportée à la cession de l'oxygène de l'hémoglobine rend compte, d'une part, de l'accroissement d'usure des tissus (amaigrissement), d'autre part, de la glycosurie passagère, que Worschilsky rapporte au trouble de la respiration interstitielle, au lieu de l'expliquer, comme Leconte, par une contraction hypothétique des vaisseaux pulmonaires.

La muqueuse intestinale absorbe surtout le nitrate d'uranium; par la voie sous-cutanée, c'est le nitrate d'oxyde d'urane qui est le plus actif; chez les mammifères, il suffit d'une dose de 0,5 à 2 milligrammes par kilogramme de poids pour amener la mort au milieu de symptômes d'empoisonnement des plus intenses. Un milligramme de UO_3 par kilogramme provoque une néphrite parenchymateuse et 2 milligrammes une néphrite hémorragique. (*R. S. M.*, XXXIV, 72.)

2° Effets du *tungstène*, par J. Bernstein-Kohan.

Les symptômes de cet empoisonnement sont très semblables à ceux des métaux lourds. Les lésions se bornent au tube digestif (productions pseudo-membraneuses et dysentériques) et aux reins (hémorragies, néphrite parenchymateuse légère. (*R. S. M.*, XXIII, 87.)

3° Effets de l'*urechites suberecta*, par M. Minkiewicz.

Cette substance pourrait être considérée comme un succédané de l'ipécacuanha, si elle n'était pas si toxique. Ses effets se rapprochent beaucoup de ceux de l'émétine.

Minkiewicz, en revanche, n'a pas constaté l'analogie de son action avec celle du physostigma venenosum, comme l'indiquent Cloetta et Filehne.

J. B.

De l'action physiologique du méthylal, par MARANDON DE MONTYEL (*France médicale*, n° 9, p. 130; 1891).

Le méthylal peut être prescrit sans inconvénients à la dose de douze grammes même en une fois. C'est un hypnotique faible, qui agit légèrement sur le cœur, dont il diminue le nombre des battements en augmentant la tension artérielle, et sur les poumons dont il rend les inspirations moins fréquentes et plus profondes. Il cause de la polyurie et des sueurs générales; il abaisse la température, en procurant cependant une sensation de chaleur par tout le corps. Il importe de l'administrer à la suite des repas, car il trouble l'estomac à l'état de vacuité (dégoût, nausées, vomissements), ce qui peut masquer ses effets cardiaques et pulmonaires. L'accoutumance au médicament est rapide.

LEFLAIVE.

Note sur l'action physiologique de la chloralamide, par MAIRET et BOSCH (*Société de Biologie*, 7 et 14 juin 1890).

La chloralamide, produit additionnel du chloral anhydre et de la formiamide n'est pas sans effet sur le cœur. Elle augmente, au contraire, la fréquence des pulsations, donne lieu à des symptômes de dilatation cardiaque et produit un abaissement de la pression sanguine. Cet abaissement est d'autant plus marqué que les doses sont plus élevées; il se retrouve cependant à des doses relativement faibles.

G. LION.

De l'influence du chloral sur les actions chimiques respiratoires chez le chien, par Ch. RICHET (*Arch. de physiologie*, n° 2, p. 221, avril 1890).

Dans un précédent mémoire, l'auteur a démontré que la quantité des combustions respiratoires est, chez les divers individus d'une même espèce, toutes conditions égales d'ailleurs, exactement proportionnelle à l'étendue de la surface tégumentaire.

Cette proportionnalité des échanges respiratoires est un phénomène de régulation et cette régulation est fonction du système nerveux. En effet, chez des chiens de tailles différentes, empoisonnés par le chloral, les combustions ne sont plus proportionnelles à la surface tégumentaire, mais à la masse du corps; car l'influence du système nerveux régulateur est abolie.

Si le chloral supprime la régulation thermique des organes homéothermes, c'est surtout parce qu'il supprime les contractions et les mouvements musculaires qui, pour l'auteur, sont notre principal appareil de régulation thermique.

G. LION.

Somnal, a new hypnotic, par W. G. THOMPSON (*N. York med. journ.*, p. 599, 29 novembre 1890).

Chez les animaux, la somnal augmente la pression sanguine dans les artères ; les doses toxiques arrêtent la respiration avant le cœur et congestionnent tous les viscères.

Chez l'homme, les effets du somnal sont plus marqués et plus certains que ceux de l'uréthane. Le somnal ne provoque pas l'état de dépression ou les vertiges que suscitent le chloral et le sulfonal.

L'action est rapide. Une dose de 30 à 40 gouttes, suffisante dans les cas d'insomnie vulgaire, est toujours bien supportée et ne produit aucun accident.

Il faut dépasser la dose de 4 grammes si l'on veut avoir raison du delirium tremens, du délire maniaque ou de douleurs vives. L. GALLIARD.

L'iodo nelle secrezioni organiche, par G. ANFUSO (*La Riforma medica*, 5 janvier 1891).

L'iode, injecté en grande quantité dans les séreuses sous la forme de teinture alcoolique, passe dans les sécrétions organiques sous la forme d'un composé alcalin (iodure de sodium), jamais sous la forme d'iode libre ou d'iodate. Les séreuses, même lorsqu'elles sont altérées, absorbent rapidement l'iode qui s'élimine très rapidement sans déterminer de phénomènes importants, sauf une diurèse notable qui est du reste constante après l'administration d'un iodure alcalin. GEORGES THIBIERGE.

Experimentelles zur Iodkaliumwirkung..., par R. HEINZ (*Berlin. klin. Woch.*, n° 52, p. 1186, 15 décembre 1890).

Schleich (*Therap. Monatshefte*, 1890) a constaté que chez les animaux (lapins et chiens) auxquels il avait fait des plaies cavitaires des os, la migration des leucocytes était beaucoup plus abondante quand il avait employé l'iodure de potassium soit comme topique, soit à l'intérieur. Ces expériences ont conduit Schleich à essayer l'iodure de potassium dans le traitement des plaies cavitaires à titre de stimulant de la formation des bourgeons charnus. Dans 77 cas où le bourgeonnement se faisait bien, il croit avoir notablement activé la cicatrisation ; dans 25 cas où les bourgeons étaient torpides, il a noté que les plaies se détergeaient très rapidement.

Schleich émet l'idée que l'action résolutive de l'iodure de potassium pourrait s'expliquer par l'augmentation de l'émigration des leucocytes vers les endroits où il existe des troubles circulatoires.

D'une façon tout indépendante et par un mode expérimental différent, Heinz est arrivé aux mêmes conclusions sur les effets de l'iodure potassique et cela à son grand étonnement, car il avait répété tout d'abord les expériences de Binz qui ont montré que l'iodoforme, en mettant de l'iode

en liberté, paralyse les globules blancs et entrave ainsi l'émigration des leucocytes.

En étudiant le processus de l'inflammation expérimentale sur le mésentère des grenouilles, Heinz a reconnu que l'iode en *combinaison* active toujours la migration des leucocytes; il s'est servi de l'iodure de sodium en injections sous-cutanées. De plus il a vu que le sel iodique suractivait aussi la résorption. Dans ce but, il a injecté dans la cavité abdominale de grenouilles, de cobayes et de lapins, une certaine quantité de cinabre. Chez les animaux qui avaient en même temps reçu une injection d'iodure le sang contenait un plus grand nombre de leucocytes chargés de vermillon que chez les animaux témoins; en outre, le foie chez les grenouilles et la rate chez les cobayes contenaient également une plus grande proportion de vermillon chez les animaux traités par l'iodure que chez les autres.

Aussi Heinz pense-t-il que les effets résolutifs des préparations iodées tiennent à l'action spécifique des iodures sur les globules blancs; cette action se traduit à la fois par une production plus abondante de leucocytes et par un surcroît d'activité de ces leucocytes.

J. B.

Sur la cadavérine, par R. KOBERT (*Therapeutische Monatshefte*, février 1891).

La cadavérine a été retrouvée dans les produits de putréfaction de diverses substances animales (poisson, cheval, etc.). On l'a isolée des cultures pures du bacille de Finkler-Prior, et on a vite reconnu qu'elle était un produit constant de la vie de tous les microbes du genre vibrio. L'organisme vivant en fabrique aussi, et on en a décelé dans une urine cystinurique et dans les matières fécales.

La cadavérine, qui se forme dans les cultures pures de bacille du choléra, est, avec la putrescine, la cause de la nécrose de l'épithélium intestinal dans le choléra. Elle est identique à la pentaméthylidiamine obtenue synthétiquement: en présence de l'iodoforme, elle se dédouble en ammoniacque et en pipéridine, l'iode étant mis en liberté. Pareil dédoublement de l'iodoforme s'observe avec les coques pyogènes, qui l'opèrent sans doute aussi par l'intermédiaire d'une ptomaïne, identique probablement avec la cadavérine, que l'on a isolée des crachats purulents de la bronchectasie.

La cadavérine produit: 1° la suppuration; 2° la coagulation du sang; 3° elle est toxique pour beaucoup de bactéries et pour les animaux à sang chaud. Cette toxicité se traduit par un abaissement thermique et la mort survient par paralysie respiratoire, avec convulsions cloniques. A l'autopsie, rigidité cadavérique marquée, sang rouge clair non coagulé, hémorragies diffuses, desquamation épithéliale de l'intestin rempli de liquide.

La toxicité du chlorhydrate neutre de cadavérine, cependant, est peu élevée (200 milligrammes par kilogramme, injectés dans le sang, ne produisent pas de troubles considérables). Le chlorhydrate de cadavérine s'élimine rapidement par l'urine, il n'a pas d'action pyogène; d'ailleurs, celle de la cadavérine elle-même est faible. Le pouls reste normal, il y a, au début, chute de la pression sanguine par paralysie des centres vaso-moteurs. Il y a aussi une vaso-dilatation rénale, indépendante de

toute action centrale et facilitant l'excrétion. L'action sur le sang paraît nulle, celle sur l'intestin presque négligeable. Le chlorhydrate de cadavérine obtenue par synthèse a les mêmes propriétés.

Il résulte de ces recherches qu'il est possible d'éviter les phénomènes toxiques dus à la cadavérine en provoquant sa transformation en sel neutre. D'où indication des boissons et des lavements acides dans le choléra. L'emploi du tanin (méthode de Cantani) trouverait ainsi son explication.

PAUL TISSIER.

Des accidents produits par les boissons renfermant des essences, absinthe, amer Picon, etc. Fréquence toujours croissante de ces accidents, leur influence sur la dépopulation, par LANCEREAUX (*Bull. acad. de méd.*, 23 décembre 1890).

Dans cette communication, Lancereaux insiste principalement sur les phénomènes de l'intoxication chronique, résultant de l'action des boissons avec essences. Ces phénomènes consistent en troubles variés de la sensibilité, toujours très accusés, en troubles des fonctions intellectuelles qui rappellent d'abord ceux de l'alcoolisme, et sont ensuite caractéristiques de la démence et du gâtisme, et enfin en troubles de la motilité qui portent sur les muscles de la vie organique et sur ceux de la vie animale. Les paralysies en particulier, liées à des névrites, ont des caractères propres, la symétrie par exemple, qui les font facilement distinguer des autres paralysies toxiques.

Ces accidents nerveux ne sont pas les seuls que produit l'ingestion de ces boissons; leur usage journalier, aussi bien chez la femme que chez l'homme, altère profondément l'organisme et engendre une dénutrition et un dépérissement qui prédisposent à l'éclosion des diathèses et qui deviennent par suite une des grandes causes de la dépopulation.

OZENNE.

Contribution à l'étude de l'alcoolisme. Recherches physiologiques sur l'eau de mélisse des Carmes, par CADÉAC et Albin MEUNIER (*Revue d'hyg. et police sanit.*, XIII, 5, 208 et 306, janvier, mars et avril 1891).

L'eau de mélisse des Carmes ou alcoolat composé de mélisse se compose, par 100 litres, de 18 kilogrammes de mélisse fraîche en fleurs, de 3 kilogrammes de zestes de citron, de 1 kil. 600 de cannelle, d'autant de girofles et de muscade; enfin de 800 grammes de coriandre et de racine d'angélique avec 100 litres d'alcool à 80°. Mais quand on substitue le poids des essences à celui des plantes, la formule est tout autre et l'on trouve que ce n'est plus la mélisse qui domine; en effet, les chiffres correspondants respectifs sont: 228 grammes d'essence de girofle, 226 de muscade, 18 de mélisse, 16 de cannelle, 15 de citron, 6 de coriandre et 5 d'angélique.

Cadéac et Meunier ont expérimenté sur des animaux et chez l'homme les effets des divers éléments constituant l'alcoolat de mélisse composé, puis ceux de leur mélange.

1° L'essence de *mélisse* est un calmant et un soporifique. Son action hypnotique n'est pas immédiate en injections intra-veineuses, mais l'excitation primitive est très fugace. Cette courte période est supprimée

chez l'homme. Cette essence stupéfie l'encéphale sans troubler beaucoup l'intelligence; elle est surtout hypnotisante; elle réagit peu sur la moelle; la force musculaire reste intacte et les extrémités nerveuses périphériques ne sont pas atteintes. Le bulbe est peu influencé, les sens sont conservés jusqu'à l'empoisonnement extrême. L'essence de mélisse ralentit la respiration et le pouls, abaisse la tension artérielle, modifie peu la température animale ainsi que les fonctions digestives. Sa toxicité est faible, tandis que son action antiseptique est au moins égale à celle d'une solution d'éther iodoformé saturée et bien supérieure à celle de l'acide phénique à 5 0/0.

2° La *muscade* est également un stupéfiant de l'intelligence et un sédatif de la circulation, mais c'est un bon digestif.

3° L'essence de *girofle*, à faible dose, diminue la sensibilité et les mouvements volontaires; elle les supprime à haute dose. C'est l'une des essences les plus toxiques; elle stupéfie le cerveau, diminue les réflexes, produit l'ivresse, l'analgésie, l'anesthésie, le sommeil et abaisse la température. Mais c'est un antiseptique puissant.

4° L'essence de *coriandre* agit sensiblement comme l'alcool éthylique; à faible dose, elle excite légèrement pour déprimer ensuite. Des quantités plus fortes amènent une ivresse folle qui est bientôt remplacée par une ivresse lourde avec anéantissement des forces et sommeil profond. Les doses toxiques produisent presque immédiatement la résolution musculaire et l'anesthésie. Sur les appareils autres que le système nerveux, l'essence de coriandre a peu d'action; c'est un antiseptique faible;

5° L'essence d'*angélique* est excitante et stimulante; à faibles doses, calmante et déprimante; à doses plus considérables, c'est un tonique du cœur, un bon antiseptique;

6° L'essence de *cannelle* est un irritant local des plus énergiques, mais elle est peu toxique. Son action est d'abord stimulante: elle comprend une phase très courte marquée par de l'agitation avec exagération de la puissance musculaire, accélération des battements cardiaques, de la respiration, élévation légère de la température, augmentation des mouvements péristaltiques de l'intestin, excitation des sécrétions salivaire, lacrymale et nasale. Son action secondaire est déprimante et irritante; elle détermine de la tristesse, de la somnolence, et la physiologie des animaux exprime la souffrance. L'essence enflamme le poulmon et tous les tissus. Le tube digestif ne peut tolérer le contact de l'essence pure: le vin, la teinture, la poudre, le sirop et l'eau distillée de cannelle sont les seules préparations pratiques. A fortes doses, l'essence fait mourir les animaux dans des crises convulsives ou dans l'adynamie. De toutes les propriétés de la cannelle, la plus remarquable est sans conteste son action microbicide. C'est l'antiseptique par excellence. Elle renforce fortement l'action antiseptique du girofle, de l'angélique et des autres essences moins actives qu'elle par la qualité, mais plus puissantes par la quantité. Elle n'est inférieure comme action qu'à une solution de sublimé au millième, et encore cette infériorité est-elle peu marquée. La solution de sublimé tue le bacille de la fièvre typhoïde en 10 minutes; l'essence de cannelle produit le même résultat au bout de 12 minutes.

7° L'essence de *citron* provoque des phénomènes immédiats et des phénomènes consécutifs. Les premiers sont l'exagération de la sensibilité et de la puissance musculaire, les hallucinations, l'ivresse, les tremblements, la contracture, l'incoordination motrice, les convulsions et la stimulation de toutes les fonctions organiques. Les seconds sont la tristesse, la pesanteur de tête, la somnolence, une longue et profonde stupéfaction cérébrale et l'adynamie. L'essence de citron ne tue pas instantanément les microbes, mais sa présence empêche leur développement et rend le milieu stérile ou bien diminue leur végétation et atténue leur virulence.

8° L'*alcool* ne change en rien les effets des essences qui lui sont associées, il ne fait qu'exagérer les troubles qu'elles déterminent.

9° L'*eau de mélisse des Carmes*, malgré sa complexité, a une action très simple. Ses effets psychiques tendent vers l'étroitesse des idées et l'extinction des facultés intellectuelles. Le système moteur se ressent vite du défaut d'excitation cérébrale; la paresse, l'immobilité, la fatigue, la stupéfaction sont le lot inévitable de ceux qui abusent de cette liqueur. Employée comme remède, elle peut rendre quelques services, mais les indications thérapeutiques qui découlent de ses propriétés physiologiques sont tout à fait en contradiction avec l'usage qu'on en fait journellement. On lui demande d'être un cordial, un stimulant, et elle se comporte expérimentalement à la manière d'un sédatif, d'un stupéfiant. L'excitation qu'elle provoque tout d'abord est très fugitive. Cet alcoolat aromatique est bien moins stimulant que l'alcool qui entre dans sa composition, car les essences amoindrissent l'action excito-motrice de l'alcool. Ce qu'on peut lui demander, c'est de procurer du calme et de débarrasser le tube digestif des germes nuisibles; en effet, l'eau de mélisse des Carmes est un agent anti-microbien de premier ordre. J. B.

Remarque sur quelques sensations acoustiques provoquées par les sels de quinine, par BERTHELOT (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 17 novembre 1890).

Les bourdonnements perçus sous l'influence des sels de quinine constituent un ensemble de sons simultanés, compris dans toute l'étendue des sons perceptibles, depuis les plus graves jusqu'aux plus aigus. Le phénomène répondrait donc à une excitation générale du nerf acoustique, reproduisant simultanément tout l'ensemble des sensations que ce nerf est susceptible d'éprouver, plutôt qu'un effet secondaire, attribuable à l'état vibratoire de la circulation, ou à quelque modification survenue dans l'oreille moyenne.

M. DUVAL.

Ueber Fluoroform, par BINZ (*Berlin. klin. Woch.*, n° 42, p. 978, 20 octobre 1890).

Binz a préparé le fluoroforme, composé analogue au chloroforme, à l'aide d'un mélange d'iodoforme et de fluorure d'argent humecté d'un peu de chloroforme; après refroidissement, à moins de 30°, du gaz qui se développe, il le lave dans l'eau et le fait passer sur du fluorure d'argent granulé.

Le fluoroforme ainsi obtenu a l'odeur du chloroforme et ses vapeurs ont les mêmes effets sur les animaux.

J. B.

- I. — Étude expérimentale sur l'action physiologique de quelques principes immédiats du persil, par L.-E. MOURGUES et LABORDE (*Tribune méd.*, 8 janvier 1891).
- II. — Étude chimique et physiologique de quelques principes immédiats du persil, par MOURGUES (*Thèse de Paris*, n° 58, 1891).

I et II. — De l'étude expérimentale que Mourgues et Laborde ont faite des principes immédiats du persil, il résulte que ces principes sont des excito-moteurs, dont l'action est variable suivant chacun d'eux. Le plus haut degré de cette activité physiologique et toxique appartient à l'apiol cristallisé de von Gerichten.

C'est au niveau de la région bulbaire du myélaxe et de la région dorso-lombaire que le processus congestif se développe avec une prédominance accentuée.

Aussi peut-on en tirer cette conclusion que les produits intermédiaires (cariol et apioline, que les auteurs ont expérimentés) paraissent indiqués dans certains cas d'atonie génito-spinale et surtout de dysménorrhée.

OZENNE.

Ueber die Wirkungen der Seifen im Thierkörper (Action des savons sur l'organisme animal), par Im. MUNK (*Archiv für Physiologie*, p. 116, 1890).

L'injection intra-veineuse de très petites doses de savons de soude (0.07 gr. d'oléate par kilogr. de lapin) provoque chez le lapin et le chien un ralentissement et un affaiblissement des pulsations cardiaques qui aboutit à l'arrêt du cœur et à la mort de l'animal. On observe en même temps une chute considérable de la pression sanguine et une diminution de la coagulabilité du sang. Les symptômes de l'empoisonnement par ces savons rappellent donc ceux qui se montrent après une injection intra-veineuse de peptone.

LÉON FREDERICQ.

The value of hydronaphtol as an antiseptic, par Thomas H. BRYCE (*Brit. med. journ.*, p. 1170, 22 novembre 1890).

L'auteur confirme les recherches d'Edington et publie les résultats d'une série d'expériences faites au moyen de la solution suivante : hydronaphtol 1, alcool 10, glycérine, 90, mise en contact avec des cultures de staphylocoque doré.

Il ressort de ces expériences que la solution d'hydronaphtol à 1/400 stérilise les cultures et les empêche de proliférer en 15 minutes, même si la culture est très concentrée.

A 1/700 il faut une heure pour stériliser les mêmes cultures ; à 1/1000 il faut 24 heures.

Le pus offre plus de résistance à la stérilisation ; il faut 24 heures pour obtenir ce résultat avec une solution à 1/400.

C'est donc, au total, un bon agent antiseptique, non toxique et peu irritant, mais qui a l'inconvénient de n'être pas soluble dans l'eau. H. R.

Zur Pharmakodynamik d. Phosphorsäure, par H. SCHULZ (*Therapeutische Monatshefte*, n° 2, février 1891).

L'acide phosphorique ne ralentit pas toujours la fréquence du pouls, ainsi qu'on l'admet généralement : il peut même déterminer une accélé-

ration. Schulz administra chez l'homme l'acide phosphorique à petites doses pendant un certain temps ; doses : 1 gramme par jour d'une solution à 5 ou 10 0/0. Trois fois aucune action sur le cœur ne put être constatée, quatre fois il y eut accélération, une fois ralentissement passager. De ces irrégularités d'action Schulz ne cherche à donner aucune explication.

PAUL TISSIER.

Sur l'influence des vins sur la digestion pepsique, par HUGOUNENQ (*Lyon méd.*, 1^{er} mars 1891).

Tous les vins sans exception gênent l'action de la pepsine ; les plus chargés en alcool, crème de tartre et couleur sont les plus nuisibles.

Les matières colorantes ralentissent ou arrêtent la digestion peptique.

L'acidité des vins est impuissante à provoquer l'action de la pepsine ; dans la plupart des cas, elle ne paraît pas l'aider.

Les couleurs colorantes artificielles entravent la digestion peptique. Les colorants végétaux ont une action nuisible.

En supprimant une partie de la crème de tartre, le plâtrage enlève au vin naturel un élément qui ralentit l'action de la pepsine *in vitro*. La digestion est plus rapide avec les vins plâtrés qu'en présence des vins naturels. Cet avantage ne saurait être un argument décisif pour apprécier les effets du vin plâtré sur l'organisme.

A. C.

Sur une forme prolongée de cocaïnisme aigu, par HALLOPEAU (*Gaz. méd. Paris*, 6 décembre 1890).

A la suite d'une injection dans la gencive, de 8 milligrammes ou un centigramme de chlorhydrate de cocaïne, éclatent les accidents suivants : angoisse précardiale, pouls filiforme, agitation, loquacité pendant une dizaine de minutes, puis période de calme, durant lequel la dent est extraite. Ensuite le malade est pris de certains troubles fonctionnels, qui se prolongent pendant plusieurs mois : Malaise continu, céphalalgie, insomnie, mauvais goût dans la bouche, fréquents accès de vertige et de défaillance, loquacité, profond abattement et pressentiment d'une mort prochaine, abolition de tout travail intellectuel.

OZENNE.

Un cas d'intoxication par la cocaïne, par FISCHER (*Therap. Monatshefte*, mars 1891).

A la suite de deux badigeonnages du pharynx, avec une solution de cocaïne à 4 0/0 (il fut employé environ 0,04 de cocaïne) survint, au bout de deux heures une perte de connaissance subite avec violentes convulsions. Le sujet resta une demi-heure dans un état de collapsus inquiétant (perte de connaissance, pâleur du visage, cyanose des muqueuses, pupilles dilatées, immobiles, respiration ralentie, irrégulière, pouls inégal, misérable, lent). Traitement : frictions vinaigrées, inhalations d'éther. Il persistait encore dix heures après des fourmillements dans le membre supérieur droit.

PAUL TISSIER.

Zweifelhafte Santoninvergiftung, par HECKER (*Viertelj. f. gerichtl. und Med. öff. Sanit.*, 3^e série, I, 81, janvier 1891).

Enfant de 5 ans auquel on fait prendre un vermifuge délivré par un pharmacien et composé, d'après les dires de ce dernier, pour chaque prise, de 50 centigrammes de sucre, de 3 centigrammes de calomel et d'autant de san-

tonine. La première dose est administrée à une heure de l'après-midi et est suivie de phénomènes graves. L'enfant ne peut plus se tenir debout, il reste dans son lit, indifférent à tout, immobile, la tête seule faisant quelques mouvements. A sept heures, il a une selle profuse, diarrhéique, jaune clair. A huit heures, il perd connaissance. A huit heures et demie, deuxième prise du médicament suivie d'une nouvelle garde-robe. Comme l'enfant a en outre des convulsions, on appelle un médecin qui constate l'absence du pouls, l'existence de collapsus avec perte de connaissance; il supprime la médication. Néanmoins les convulsions continuent toute la nuit, sans retour de la connaissance et le petit malade succombe à sept heures et demie du matin.

L'autopsie ne révèle qu'une tuberculose au 3^e degré du sommet du poumon gauche et une congestion générale de l'encéphale. L'analyse chimique montre la présence dans l'estomac de mercure métallique et de santonine; l'urine fournit aussi la réaction de cette dernière substance. (*R. S. M.*, VII, 549 XVIII, 486 et XXXVI, 84.)

J. B.

Ueber die Lokalisation des Quecksilbers im thierischen Organismus nach Vergiftung mit Aetzsublimat (Répartition du mercure dans l'organisme animal après l'intoxication par le sublimé corrosif) par LUDWIG et ZILLNER (*Wien. klin. Wochenschrift*, n° 25; 1890).

Lorsque le poison a été introduit par la voie buccale, c'est dans le gros intestin que le mercure se rencontre le plus abondamment; cette localisation correspond à la prédominance bien connue des lésions au niveau du gros intestin. Cependant dans les cas où l'intoxication a été très rapide, il peut se faire que le mercure soit plus abondant au niveau de l'intestin grêle.

Quelle qu'ait été la rapidité de l'empoisonnement, le foie contient relativement beaucoup de métal et les reins encore davantage. Il s'en trouve peu dans la rate, moins encore dans le corps thyroïde, les poumons, les muscles. On n'en constate que des traces dans le cerveau et les os, et encore pas d'une manière constante. Les glandes salivaires n'ont été examinées qu'une seule fois; elles ne contenaient pas de mercure.

La répartition du métal est très analogue dans les cas où il a été introduit dans l'organisme par la voie génitale (injections intra-utérines) ou sous-cutanée (injections d'huile grise).

LEFLAIVE.

Ueber Kalkalagerungen in den Nieren (Des concrétions calcaires des reins), par J. NEUBERGER (*Arch. f. experiment. Pathol.*, XXVII, 12, p. 39).

L'auteur rappelle que précédemment déjà il a montré que les concrétions calcaires rénales ne constituent pas un caractère spécifique de l'intoxication par le sublimé. Les nouvelles recherches confirment cette opinion. Voici les conclusions auxquelles il a été conduit.

Des concrétions calcaires abondantes, dans les reins, ne se rencontrent pas seulement à la suite de l'intoxication par le sublimé mais aussi à la suite de l'empoisonnement par d'autres agents, tels que le bismuth, le phosphore, le bichromate de potasse, etc.

L'intoxication par l'acide oxalique est caractérisée par des dépôts abondants d'oxalate de chaux dans les reins. Ces concrétions oxaliques se distinguent des autres (phosphate, carbonate de chaux) parce qu'elles ne se colorent pas par l'hématoxyline, tandis que les phosphate et carbo-

nate calcaires prennent, sous l'influence de cette substance, des colorations spéciales.

Les dépôts calcaires que l'on rencontre dans les reins à la suite de la ligature temporaire (1 à 2 heures) de l'artère rénale sont analogues à ceux que provoquent les substances ci-dessus. La ligature définitive de cette artère provoque également une calcification très prononcée. J. W.

Empoisonnement par la pomme épineuse, par ALBRECHT (*Revue méd. Suisse romande*, XI, 54, janvier 1891).

Enfant de 4 à 5 ans, excitée au point qu'on ne peut la toucher. Dans la soirée, aggravation: fièvre, pupilles dilatées, léger délire, sécheresse de gorge avec difficulté d'avaler, envies d'uriner à chaque instant, mais sans succès. Dans l'après-midi, l'enfant avait mangé des graines de fruits trouvées dans la rue et qui appartenaient au *Datura stramonium*. Un lavage d'estomac qui ramena 20 graines du poison et de l'opium furent administrés sans succès; mort le lendemain matin à huit heures. (*R. S. M.*, VII, 548 et XX, 80.) J. B.

État actuel de nos connaissances sur les lésions anatomiques de l'intoxication mercurielle, par A. WEICHSELBAUM (*Centralblatt f. allg. Path. u. path. Anatomie*, n° 2, 15 janvier 1891).

Les lésions anatomiques de l'intoxication mercurielle chez l'homme quelle qu'ait été la voie d'introduction, ne diffèrent guère des lésions expérimentalement provoquées chez les animaux. Le rein est un des organes les plus atteints. Il semble l'être toujours chez l'homme. Hyperémie et hémorragies dans les intoxications à terminaison rapide, néphrite parenchymateuse aiguë dans les cas plus lents, avec substance corticale épaisse, coloration jaune plus ou moins grisâtre claire.

Au microscope, tuméfaction trouble et nécrose épithéliale surtout dans les tubes contournés, diffuse ou par foyers; la dégénérescence graisseuse peut manquer totalement. Cylindres hyalins et granuleux, très légère infiltration embryonnaire interstitielle; exsudats capsulaires; dépôts calcaires surtout dans les tubes contournés, débutant soit dans la lumière des tubes, soit dans l'intérieur des cellules nécrosées.

Après le rein, l'intestin, surtout le gros, est souvent lésé: inflammation diphtéritique. Cette lésion est inconstante ou peut être seulement ébauchée (tuméfaction, hémorragie). Elle est surtout fréquente dans l'intoxication par le sublimé (thromboses).

Il n'y a pas de balancement entre les lésions rénales et intestinales, comme on l'a admis.

Les lésions n'ont rien de pathognomonique; seule la présence de dépôts calcaires dans les tubes contournés du rein doit faire fortement soupçonner l'intoxication mercurielle.

PAUL. TISSIER.

Un cas d'intoxication grave par le calomel, par POLLACK (*Therap. Monatshefte*, février 1891).

A la suite de l'absorption de 0,3 de calomel en trois prises espacées de deux heures en deux heures, et accompagnées d'absorption de deux verres de limonade, survinrent, chez une femme adulte, au bout de quelques heures, de violentes douleurs abdominales, de la soif, puis de la diarrhée dysentérique et des vomissements, etc.

L'intoxication fut excessivement grave et l'auteur se demande s'il faut incriminer l'absorption concomitante de limonade. Le calomel était pur.

PAUL TISSIER.

Ein Fall von Carbolvergiftung bei einer Gebärenden (Intoxication phéniquée chez une parturiente), par SCHLEICHER (*Deutsche med. Woch.*, n° 1, p. 9, 1891).

Femme de 41 ans, parvenue au terme de sa septième grossesse et éprouvant des douleurs; elle boit, par erreur, le 18 février, à sept heures du soir, 40 centimètres cubes d'une solution d'acide phénique à 90 0/0. Au bout de cinq minutes, perte de connaissance, puis collapsus, cyanose, résolution. Une heure trois quarts après l'accident on extrait l'enfant à l'aide du forceps. L'enfant respire, mais ne fait aucun mouvement; il ne crie pas, il est pâle; il émet de l'urine vert foncé; il meurt après vingt-quatre heures. On trouve des pétéchies dans la plèvre et le péricarde. Son poids est de 3,580 grammes.

La parturiente n'a pas de contractions utérines avant onze heures et demie; on est obligé de pratiquer la délivrance par expression. Le lendemain, l'accouchée reprend connaissance et demande à boire, mais elle vomit; urine vert foncé. Toux, fièvre. Le quatrième jour pneumonie bilieuse, mort le septième jour.

Ecchymoses gastro-duodénales; pas d'ulcération. Hépatisation des lobes supérieur et moyen à droite et du sommet gauche.

L. GALLIARD.

THÉRAPEUTIQUE.

Traité de thérapeutique et de pharmacologie, par Henri SOULIER (*T. I.* 908 pages in-8°, Paris, 1891).

Dans ce premier volume, Soulier, après avoir cherché à classer d'une façon rationnelle les médications, étudie successivement les antiparasitaires, les antiseptiques et désinfectants, les antipyrétiques, les anodins (coca), les altérants, les alcaloïdes et pseudo-alcaloïdes, les hypno-anesthésiques, les hypnagogues, les antispasmodiques et les toniques.

Il prend successivement les différents agents de chaque médication, étudie rapidement leur histoire, leurs propriétés physico-chimiques, puis s'étend plus longuement sur leur action physiologique, sur leur toxicologie et termine par leur pharmacologie et leur emploi thérapeutique.

Pas de détails inutiles, de digressions superflues. Soulier ne se borne pas à résumer les diverses opinions, il les apprécie et la note personnelle se présente à chaque page. Grâce à un tact judicieux, à un choix sévère des documents, l'auteur montre les traits dominants de l'histoire de chaque médicament et en fait bien nettement ressortir les principaux caractères. Aussi l'œuvre du professeur de Lyon, au lieu d'être une

sèche et fastidieuse compilation, est-elle essentiellement personnelle et partant féconde en déductions pratiques.

Comme doctrine générale, Soulier se déclare franchement partisan de l'action modificatrice, assimilée à l'action de contact, action suffisante pour produire une réaction physiologique, une modification thérapeutique.

En un mot, si nous considérons les modifications moléculaires produites par les médicaments, celles-ci relèveront plutôt du mode physique que du mode chimique.

Mais ce n'est pas le lieu ici ni d'exposer complètement, ni même d'apprécier cette idée générale, assurément ingénieuse, que l'auteur semble avoir prise pour guide; bornons-nous à remarquer cependant que, appliquée à certains agents médicamenteux, elle va à l'encontre des idées acquises, ce qui n'est certes pas une preuve contre elle, mais aussi que les arguments invoqués par son auteur en sa faveur sont bien quelquefois peu convaincants.

Quoi qu'il en soit, il est certain que le but de faire œuvre utile, que se propose modestement l'auteur, en publiant ce traité, qui représente six semestres d'enseignement, est largement atteint. PAUL TISSIER.

Beitrag zur Diagnostik der tuberkulösen Lungenaffektionen... (Diagnostic et traitement local des lésions pulmonaires tuberculeuses), par G. STICKER (*Centrb. f. klin. Med.*, n° 3, 1891).

Lorsqu'on administre à un adulte dont les poumons sont sains une dose moyenne d'iodure de potassium (0,5 à 1 gr. par jour), il ne se produit aucune modification du côté des poumons; tout au plus constate-t-on du catarrhe laryngo-trachéal. Si le sujet en expérience a une lésion pulmonaire diffuse, il se produira un catarrhe disséminé avec râles plus ou moins fins. S'il existe une lésion en foyer, une tuberculose sans sécrétion, sans râles, il se fera à ce niveau une réaction locale qui pourra déceler la lésion méconnue ou douteuse. Chez les tuberculeux dont la toux est sèche, l'iodure de potassium amène une expectoration plus ou moins abondante, où l'on rencontre des bacilles.

L'iodure de potassium au point de vue de la tuberculose n'a pas qu'une valeur diagnostique. Il est utile dans le traitement des formes qui s'accompagnent de pneumonie interstitielle chronique avec atrophie fibreuse et pleurite adhésive, ou des formes qui se dissimulent derrière l'emphysème.

LEFLAIVE.

I. — Ueber das benzoessäure Guaiacol... (Du benzoate de gaïacol et de la cause des bons effets des préparations de créosote et de gaïacol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire), par SAHLI (*Correspondenz-Blatt . schweizer Aerzte*, n° 16, p. 505, 15 août 1890).

II. — Du traitement de la tuberculose et de la pleurésie tuberculeuse par les injections sous-cutanées de gaïacol et d'iodoforme, par PICOT (*Bull. Acad. de méd.*, 3 mars 1891).

III. — Sur le traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées de

gaïacol-eucalyptol-iodoforme, par LABORDE et PIGNOL (*Bull. Acad. de méd.*, 10 mars 1891).

I. — Sahli qui a préconisé le gaïacol (*R. S. M.*, XXXI, 78), comme succédané de la créosote, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire a expérimenté aussi dans cette maladie le benzoate de gaïacol qui, ayant l'avantage de ne pas être caustique, peut être ingéré à doses beaucoup plus considérables que le gaïacol lui-même. Mais à son grand étonnement, ce médicament s'est montré dénué de toute efficacité, bien qu'il ait été administré jusqu'à la dose de 10 grammes par jour, ce qui représente la moitié en poids de gaïacol. Le fait peut s'expliquer par les considérations suivantes. Comme le salol, à la famille duquel il appartient, le benzoate de gaïacol franchit l'estomac sans y être décomposé. D'autre part, Sahli a cru remarquer que le gaïacol lui-même n'a d'action que chez les phtisiques dont les fonctions digestives sont troublées, et que le premier effet heureux de la médication porte toujours sur l'appétit. Il en infère que le gaïacol n'agit pas comme spécifique ni comme antiseptique pulmonaire, mais seulement comme antiseptique stomacal et stomachique. Le même raisonnement s'imposerait pour la créosote et alors s'expliqueraient naturellement les résultats négatifs de Cornet pour la tuberculose inoculée aux animaux. (*Zeitschr. f. Hyg.*, 1888) et de Polyak (*R. S. M.*, XXXVI, 90) pour l'homme. J. B.

II. — Picot communique les résultats qu'il a obtenus contre certains cas de tuberculose pulmonaire et contre la pleurésie tuberculeuse par les injections sous-cutanées de gaïacol et d'iodoforme en solution dans l'huile d'olives stérilisée et dans la vaseline. Chaque centimètre cube de ce liquide contient 1 centigramme d'iodoforme et 5 centigrammes de gaïacol ; le meilleur lieu d'injection est la fosse sous-épineuse. Au point de vue local ces injections sont absolument inoffensives.

L'absorption du médicament ne peut être mise en doute, car on a trouvé dans l'urine, non pas l'iodoforme en nature, mais de l'iodure de potassium ; quant au gaïacol, on sait qu'il ne s'élimine pas par la voie urinaire. Cette absorption a été également décelée par l'analyse du tissu pulmonaire.

Au point de vue général, ces injections n'ont aucune influence fâcheuse sur les fonctions digestives non plus que sur l'excrétion urinaire, et elles ne déterminent aucune poussée congestive du côté des lésions pulmonaires.

33 malades, tuberculeux ou pleurétiques, ont été traités par ces injections faites à la dose de 1 à 3 centimètres cubes pendant plusieurs jours : voici, d'une façon générale, les résultats qu'elles ont donnés : Elles relèvent l'état général ; elles diminuent la toux et l'expectoration. Dans certains cas elles peuvent dessécher les cavernes et favoriser leur cicatrisation ; à la seconde période, elles peuvent faire cesser la toux et l'expectoration, tout en amenant la cessation de la fièvre et des sueurs nocturnes. Elles diminuent les bacilles dans les crachats et augmentent le poids du corps.

III. — Le liquide employé par Pignol contient par centimètre cube, 14 centigrammes d'eucalyptol, 5 centigrammes de gaïacol et 1 centigramme d'iodoforme en solution dans l'huile d'olive stérilisée. Les doses

varient de 5 à 12 centimètres cubes de liquide par jour, que l'on injecte dans le sillon rétro-trochantérien. Ce traitement aurait été suivi de guérison complète dans plusieurs cas.

OZENNE.

Remarks on the intrapulmonary and subcutaneous treatment of tuberculosis, par Blake WHITE (*New York med. record*, p. 726, 27 septembre 1890).

L'auteur relate deux cas de cicatrisation de cavernes par des inoculations *in situ* portées progressivement de 10 à 60 minimes par jour. Le liquide injecté est brunâtre; il n'irrite pas la peau, ni le parenchyme pulmonaire. Il est composé de chlorure d'or, de sodium et d'iodure de manganèse; on ajoute à la solution un peu de morphine, codéine et atropine. Dans le cas de phtisie, l'auteur emploie concurremment les injections sous-cutanées et les injections dans le parenchyme pulmonaire.

La phtisie laryngée s'améliore vite, l'état général redevient bon, l'appétit s'accroît, la fièvre d'abord vive tombe par la suite, la toux, l'expectoration, les sueurs nocturnes se suppriment. P. DUFLOCQ.

Ueber das cantharidinsaure Kali (Cantharidate de potasse), par LIEBREICH (*Soc. de méd. Berlin.*, 25 février 1891). — Discussion, par HEYMANN, GUTTMANN, B. FRÄNKEL, SAALFELD, LANDGRAF, LUBLINSKI (*Ibidem*, 4 mars).

Parmi les corps que Liebreich appelle *anesthésiques douloureux* et qui n'exercent sur les tissus qu'une action purement physique, l'auteur a choisi la cantharidine. On sait que ce poison détermine, dans les capillaires du poumon comme dans ceux du rein, une exsudation séreuse, à condition qu'on l'emploie à dose faible. L'auteur a pensé que cette exsudation serait plus active si les capillaires se trouvaient préalablement irrités, ainsi que cela arrive dans la tuberculose; et le sérum exsudé exercerait dès lors utilement son action bactéricide.

Liebreich a injecté d'abord sous la peau d'un sujet atteint de tumeur de l'œsophage un cinquantième de milligramme de cantharidate de potasse. Il a ensuite établi que la plus forte dose injectée doit être de six dixièmes de milligramme (0^{gr},0006), si l'on veut éviter la réaction locale, et encore cette dose détermine-t-elle parfois du ténésme vésical ou une hématurie légère; aussi vaut-il mieux se contenter de 0^{gr},0001 à 0^{gr},0002; on s'arrêtera dès que les sujets accuseront de la cuisson urétrale ou de la diarrhée.

Voici la formule de la préparation employée :

Cantharidine pure.....	0,20 centigr.
Potasse caustique.....	0,40 —
Eau.....	20 centim. cubes.

On chauffe au bain-marie, et, quand la solution est limpide, on ajoute de l'eau en quantité suffisante pour remplir un litre. Un centimètre cube de cette solution contient donc 0^{gr},0002 de cantharidine.

Liebreich a observé une amélioration évidente dans plusieurs cas de tuberculose du larynx.

Heymann donne des renseignements sur 17 malades traités par les injections de 0^{gr},0001 à 0^{gr},0004. Les accidents produits sont négligeables. Après 3 ou 4 injections, la voix des tuberculeux devient plus claire, la

toux diminue, les crachats sont plus limpides. Un traitement plus long guérit les ulcérations tuberculeuses.

B. Fraenkel a traité 15 malades, parmi lesquels des tuberculeux avancés : amélioration de l'état général, retour de la voix, diminution de l'infiltration laryngée, guérison partielle ou totale des ulcérations, tels sont les résultats que B. Fraenkel attribue à une action directe sur les bacilles. Ceux-ci semblent en effet diminuer de nombre et perdre un peu de leur aptitude à fixer les matières colorantes. Mais les malades se plaignent de douleurs au siège de l'injection, de ténésme vésical, de strangurie; l'auteur n'a pas observé d'hématurie.

Saalfeld a obtenu, après 5 injections, dans un cas de lupus, la diminution des nodules et l'atténuation des phénomènes congestifs.

Landgraf n'a rien obtenu dans la laryngite aiguë. Dans la laryngite chronique, il a vu se produire de l'œdème des cordes vocales, mais celles-ci deviennent bientôt pâles et l'expectoration augmente. Il ne peut dire si l'exsudation a une influence curative.

Lublinski a traité 16 cas de tuberculose pulmonaire ou laryngée d'intensité moyenne. Les injections sont douloureuses; elles produisent souvent de la strangurie. Elles facilitent l'expectoration et déterminent de l'hyperémie laryngée; elles peuvent guérir les ulcérations du larynx.

L. GALLIARD.

Ein weiteres Fall von Lungentub. durch Gesichterysipel geheilt (Nouveau cas de guérison de tuberculose pulmonaire par l'érysipèle de la face), par SCHAFER (*Münch. med. Woch.*, n° 27, 8 juillet 1890).

Chez un sujet atteint de tuberculose pulmonaire (ramollissement du sommet gauche, pleurésie tuberculeuse, bacilles dans les crachats) survint un érysipèle de la face, à la suite duquel revint l'appétit, l'expectoration devint moins riche en bacilles, l'état général s'améliora, les signes du côté du poumon diminuèrent, puis disparurent.

P. TISSIER.

Die Krull'sche Methode der Tuberculosebehandlung, par SEHRWALD (*Deutsche med. Woch.*, n° 45, p. 989, 1890).

L'auteur a cherché à évaluer sur les animaux l'échauffement du poumon que déterminent les inhalations d'air chaud et humide, d'après le procédé de Krull; il s'est servi pour cela d'un thermomètre très sensible introduit dans la cavité pleurale au niveau du 5^e espace.

Quand on fait pénétrer par le nez ou la bouche des vapeurs dont la température atteint 90° ou 100°, la respiration se ralentit et consécutivement la périphérie du poumon se refroidit légèrement. Les vapeurs de 40 à 100° pénétrant par la bouche seulement ne modifient ni la température du poumon ni celle du corps; pénétrant par le nez seul, elles restent également sans effet. Ce n'est que dans les cas où la respiration s'accélère que l'on constate une ascension thermométrique de quelques dixièmes de degré.

Au contraire, les vapeurs de 50 à 51° ayant accès direct dans la trachée, on voit le poumon s'échauffer jusqu'à 40, 41 et même 42°,4, et la température rectale atteindre 39, 40 et 41°; ce résultat est produit très rapidement, tandis que le refroidissement, quand on cesse l'expérience,

ne s'effectue que très lentement. Dans cette expérience, la respiration s'accélère d'une façon considérable.

A partir de 53°, les vapeurs ne sont plus supportées par la trachée ouverte; à 55° elles déterminent de graves lésions de l'arbre respiratoire et des poumons.

Dans la méthode de Krull, où la pénétration directe dans la trachée n'est pas réalisée, il n'y a donc pas d'échauffement du poumon et par conséquent pas d'échauffement de l'air contenu dans les alvéoles. La méthode de Krull n'augmente pas davantage l'humidité de cet air. L'influence de cette méthode sur la nutrition du poumon et sur les processus pathologiques est donc purement hypothétique. L. GALLIARD.

Zur operativen Behandlung der exsudativen Pleuritiden (Traitement de la pleurésie), par LEWASCHEW (*Deutsche med. Woch.*, n° 52, p. 1229, 1890).

Dans les pleurésies séreuses, séro-fibrineuses ou hémorragiques, l'auteur a employé avec succès le procédé suivant : après la thoracotomie, il substitue au liquide évacué une quantité égale de solution de chlorure de sodium à 7/1000, à la température de 30°, cette solution étant considérée par lui comme indifférente pour l'organisme. L'opération ne détermine aucune douleur. Au bout d'un ou plusieurs jours, on constate une élévation de température, puis la fièvre diminue progressivement. La quantité d'urine augmente.

La résorption du liquide injecté est rapide et entraîne celle de l'épanchement dans un délai très court quand on opère après la période d'inflammation aiguë. La guérison est moins rapide quand l'intervention a lieu pendant le stade fébrile, mais toujours plus accélérée qu'après la ponction simple.

Dans deux cas de pleurésie purulente récente l'auteur a obtenu, par le même procédé, leur guérison complète. La pleurésie purulente ancienne résiste à ce traitement. L. GALLIARD.

Treatment of acute lobar pneumonia, par Soltan FENWICK (*Lancet*. vol. I, p. 249 et 302, 1891).

Fenwick attribue, dans la plupart des cas, la mort qui survient au cours de la pneumonie à la parésie cardiaque. Cette parésie serait elle-même en grande partie le résultat de l'hyperthermie; d'où l'indication d'abaisser la température. Les affusions froides et surtout « le berceau de glace » où le refroidissement est obtenu au moyen de récipients pleins de glace, soutenus par des cerceaux et placés au-dessus du malade donne les meilleurs résultats. L'abaissement thermique par le « berceau de glace » attendrait jusqu'à 2°,2.

La statistique de Fenwick porte sur 660 cas. 552 ont été traités par les méthodes ordinaires toniques du cœur, révulsion, alcool chez 70 0/0 des malades. La mortalité a été dans cette série de 23 0/0. 40 malades, soit plus de 7 0/0 sont morts au déclin de la maladie dans le collapsus par faiblesse cardiaque. Dans la seconde série, sur 108 malades également graves, la mortalité n'a été que de 10 0/0. Le traitement a surtout consisté dans l'hypothermie artificielle. L'alcool n'a été donné que dans 41 0/0 des cas. Aucune mort par collapsus dans la convalescence.

A.-F. PLICQUE.

Ueber die Behandlung der Pneumonie mit hohen Dosen von Digitalis (Traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses), par Z. PETRESCO (*Therapeutische Monatshefte*, n° 2, février 1891).

La digitale possède, à dose thérapeutique, une action antiphlogistique incontestable dans la pneumonie. La dose thérapeutique spécifique est de 4 à 8 grammes de feuilles en infusion par 24 heures.

Cette dose peut être continuée pendant deux à quatre jours consécutifs, suivant la gravité des cas. Certains malades de Petresco ont pris 20 à 24 grammes de feuilles de digitale en 4 à 5 jours. A cette dose, il n'a jamais observé d'intoxication ni même de malaise.

La température des pneumoniques s'abaisse de 1 à 3° après une seule dose, et de 5 à 6° après 2 ou 3 doses. Le pouls bat de 40 à 60 pulsations au bout de quelques doses.

Cet abaissement thermique et ce ralentissement du pouls persistent 10 à 12 jours et l'état normal se rétablit peu à peu. Tous les symptômes locaux de la pneumonie disparaissent en même temps que ces modifications du pouls et de la respiration surviennent. La statistique montre avec évidence l'action de ce mode de traitement, et la mortalité tombe à un chiffre très bas (823 cas, mortalité 2,06 0/0). La digitale, à ces doses, n'est donc pas toxique ni dangereuse, ainsi qu'on le lui a reproché. En présence de ces résultats, la méthode d'expectation est non seulement irrationnelle, mais dangereuse : son fondement sur ce fait que la pneumonie a une évolution cyclique déterminée ne tient pas devant les résultats annoncés par Petresco, qui a réussi à couper la pneumonie traitée dès le début.

PAUL TISSIER.

Le bain froid contre la pneumonie grave, par J. HÉNAULT (*Thèse de Paris*, n° 49, 1890-1891).

Le traitement de la pneumonie grave par les bains froids ne doit pas être systématique. Dans la pneumonie, en effet, plus que dans aucune autre maladie infectieuse, le cœur et les vaisseaux peuvent en contre-indiquer l'emploi. Néanmoins, les accidents possibles (syncope et asphyxie) peuvent, dans presque tous les cas, être prévenus par l'emploi des toniques et des excitants. La température, la durée, le nombre des bains varieront avec l'âge et le degré de résistance du malade, l'intensité et la nature des phénomènes à combattre. Appliquée avec ces précautions, a médication réfrigérante sera non seulement inoffensive, mais encore très efficace.

Institué de bonne heure, l'usage des bains froids peut exercer une action prophylactique sur les phénomènes généraux et sur l'insuffisance cardiaque. Cette médication n'abrège pas la durée de la maladie. La résolution de l'hépatation n'est ni avancée ni retardée. Comme toute médication symptomatique, elle se borne à mettre le malade dans les meilleures conditions pour arriver sans encombre à la défervescence.

CH.

Du tellurate de soude contre les sueurs pathologiques, par COMBEMALE et DUBIQUET (*Bull. méd. du Nord*, n° 1, 1891).

Le tellurate de soude est un excellent agent antisudoral, supérieur à l'acide camphorique et aux autres antihydrotiques en usage. La dose effi-

cace est supérieure à celle de 0,02 centigrammes par jour indiquée par Neusser. Il ne faut cependant pas dépasser 0,05 centigrammes (en potion alcoolisée ou en pilules). Les succès s'observent dans un dixième des cas. Les tellurate de soude a l'inconvénient de donner parfois une odeur alliée à l'haleine.

LEFLAIVE

Un remède pour la coqueluche, par NEOVIUS (*Finska läkar. handlingar*, XXXIII, n° 3).

Neovius a essayé un remède préconisé par Johnson. (*Cent. f. d. med. Wiss.*, 28 juillet 1888.) Il s'agit de l'infusion de thym vulgaire, 10 grammes pour 70 grammes d'eau, donnée à la dose de 8 à 12 cuillerées à soupe suivant l'âge de l'enfant. La coqueluche a, dans presque tous les cas, cédé en quinze jours, et l'auteur n'a pas vu survenir de complications inflammatoires. Il pense que l'agent efficace est le thymol.

A. CARTAZ.

I. — Ueber Auswaschung des menschlichen Organismus... (Du lavage de l'organisme humain et des effets des injections d'eau dans les maladies), par H. SAHLI (*Sammlung klin. Vorträge*, n° 11, 1890).

II. — Des injections d'eau salée dans l'anémie extrême. Un cas de guérison; par CARTIER (*Union médicale*, 18-20 septembre 1890).

I. — Partant des expériences de Dastre et Loye, Sahli a injecté chez l'homme une solution chaude de sel marin à 0,6 0/0 dans le tissu sous-cutané abdominal. Il en résulte le plus souvent une diurèse marquée, et à coup sûr une dilution des substances toxiques répandues dans l'organisme.

Dans les fièvres typhoïdes graves et dans les auto-intoxications (urémie, coma diabétique) les effets de la méthode ont été très satisfaisants. Les injections ne sont contre-indiquées que quand l'œdème constitue par lui-même un danger ou lorsque le cœur fléchit. Elles ont l'inconvénient d'être douloureuses et de produire un œdème local, peu persistant il est vrai. Elles ont été pratiquées avec grand avantage dans le cas d'un ulcère perforant de l'estomac qui empêchait toute alimentation. LEFLAIVE.

II. — Une jeune fille, atteinte d'ulcère de l'estomac a, le 12 et le 19 juillet des vomissements de sang très abondants avec selles noires. Après le dernier vomissement, céphalée, bourdonnements d'oreilles, anurie et enfin perte de connaissance. Le 20 au matin, le pouls est incomptable, on fait alors une injection d'un litre d'une solution tiède à 38° contenant 5 grammes de chlorure de sodium et 10 grammes de sulfate de soude; l'injection est pratiquée dans la basilique, et effectuée en 40 minutes; une demi-heure après frissons et froid général; le soir, miction abondante, le pouls est meilleur; dans la nuit, retour de l'intelligence. Le 21, la malade peut avaler un litre et demi de lait glacé. Le 21 août, la malade était guérie, mais reste chlorotique.

H. L.

Ueber Soziodol, par NITSCHMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 42, p. 978, 20 octobre 1890).

Nitschmann recommande chaudement l'emploi du soziodol et de ses sels, à l'intérieur, notamment dans le diabète (jusqu'à 25 grammes par jour de soziodol sodique). La recherche du soziodol dans les excré-

tions est plus difficile que celle de l'iodure de potassium ; il faut les porter au rouge avec de la soude. (*R. S. M.*, XXXIV, 717). J. B.

I. — Ueber die Behandlung des Diabetes mellitus mit Syzygium Jambolanum, par S. LEWASCHEW (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 8, p. 199, 23 février 1891).

II. — Essai sur la valeur thérapeutique du jambul dans le traitement du diabète sucré, par V. VILLY (*Thèse de Paris*, 1891).

I. — Chez plusieurs diabétiques, Lewaschew a employé avec succès les semences du syzygium jambolanum aux doses quotidiennes de 20 à 40 grammes.

Dans l'espace de quelques jours, il s'est produit, chez tous ces malades, une diminution notable de la polyurie, de la glycosurie, de la polydipsie et des autres troubles morbides. L'amélioration s'est maintenue un certain temps après la cessation du médicament qui n'a déterminé aucun phénomène accessoire désagréable.

Ces résultats cliniques sont en parfait accord avec les expériences de Graeser sur les chiens rendus glycosuriques par la phloridzine. J. B.

II. — V. Villy a recherché si ce médicament est réellement capable de faire disparaître la glycosurie et les résultats qu'il a obtenus ne paraissent pas encourageants.

Il a constaté que, en général, le jambul est sans action sur la polyurie, et que, si ce médicament, dans certains cas, paraît diminuer la quantité de glucose éliminée, c'est à condition de ne l'administrer qu'à des malades soumis concurremment au régime alimentaire exclusif. Le sucre ne subit aucune diminution quand les malades conservent le régime normal. Dans les cas graves, dès que l'hygiène alimentaire paraît impuissante, les adjuvants (la graine de jambul est du nombre), ne jouissent d'aucune efficacité. Les doses de semences pulvérisées administrées par Villy à ses malades, ont varié de 6 à 8 grammes par jour.

CHOUPEPE.

I. — Antisepsie intestinale et fièvre typhoïde; traitement de la dothiéntérie par le naphtol α , par TEISSIER (*Assoc. fr., Congrès de Limoges*, p. 651, 1890).

II. — Étude sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'antisepsie intestinale. De l'emploi du naphtol α , par A. MAROTTE (*Lyon médical*, 1890, et *Thèse de Lyon*, 1890).

I. — Teissier communique les résultats de quinze cas de fièvre typhoïde traités par le naphtol α associé au salicylate de bismuth : 80 centigrammes à 1^{gr},20 par jour, lavements froids et toniques. Dès que l'antisepsie intestinale est réalisée, ce qui se reconnaît, au 3^e ou au 4^e jour, à la coloration verte des urines, la fièvre tombe et le malade entre rapidement en convalescence.

Ce traitement s'adresse directement à la source même de l'infection, et partant, est supérieur à la méthode des bains froids. Inutile d'ajouter que l'association des deux réalise au plus haut degré les conditions de thérapeutique rationnelle de la maladie.

A. CARTAZ.

II. — Sous l'influence du naphtol dans la fièvre typhoïde, la diarrhée s'arrête, la langue devient humide, la rate diminue de volume.

Par suite de la stérilisation de l'intestin, la température s'abaisse et le coefficient urottoxique diminue d'une manière réelle, sans qu'il se produise ultérieurement une augmentation de ce coefficient. La maladie n'est pas abrégée, mais la convalescence est plus facile et plus rapide.

Le naphthol α doit être préféré au naphthol β ; il est moins toxique et plus antiseptique. La dose nécessaire et suffisante oscille entre 80 centigrammes et 1^{er},20 par jour. La coloration verdâtre des urines est une pierre de touche qui indique que l'on obtient l'effet voulu. LEFLAIVE.

Cent cas de fièvre typhoïde traités à l'hôpital par la méthode des bains froids, par L. BOUVERET (*Lyon méd.*, 19 avril 1891).

Bouveret publie une nouvelle série de fièvres typhoïdes traitées par la méthode de Brand; 100 cas, 38 hommes et 62 femmes, ont donné 3 décès seulement. Ces trois morts étaient des cas graves traités seulement au 10^e, 11^e et 28^e jour.

Bouveret distingue trois formes de fièvres : légères (16) dont la durée de traitement a été de 4 à 16 jours avec une moyenne de 30 bains; moyennes (65), durée de traitement 17 à 53 jours, moyenne de 74 bains, un cas avec rechute a nécessité 179 bains; intenses (16), durée de 17 à 32 jours, moyenne de bains 131; 10 cas ont été suivis de rechute, 25 de complications, phlébite, pleurésie, abcès, etc.; jamais de péritonite ni d'hémorragies intestinales.

Bouveret ne voit que très peu de contre-indications au bain; mais il ne suffit pas de baigner, il faut suivre dans toute sa rigueur le précepte de Brand, puis alimenter le malade, varier les températures de l'eau, suivre pas à pas la maladie : c'est la vraie raison des succès. A. C.

On stomatitis gangrænosa, par SULLIVAN (*N. York med. journ.*, p. 208, 23 août 1890).

L'auteur a observé, en 1888, 17 cas de gangrène de la bouche. Une seule mort, mais la guérison a toujours été lente, les médicaments employés étant le sous-nitrate de bismuth, la naphthaline, le naphthol, le salol, la listérine, le permanganate de potasse, la teinture d'iode.

En 1889, 6 cas ont guéri rapidement sous l'influence d'un remède plus efficace que ceux-là : l'hyposulfite de fer mélangé, à parties égales, avec la glycérine. L'hyposulfite de fer semble se combiner avec le tissu malade et le dissoudre ou le convertir en une substance inerte, inodore, sans irritation des parties saines. Il est en même temps germicide et antiseptique. Après l'élimination de l'eschare, il provoque un bourgeonnement énergique et une rapide cicatrisation. L. GALLIARD.

L'oxygène dans le traitement des maladies de l'estomac, par LANDI (*Riv. gener. ital. di clin. medica*, n^o 1 et 2, p. 3 et 30, 1891).

L'oxygène a été appliqué en 1887 et 1888 au traitement des maladies de l'estomac par Sacchi et Purgotti; ils introduisaient une sonde dans l'estomac, puis une quantité d'eau suffisante pour établir le siphon; l'oxygène passait, de l'appareil où il était contenu, à travers le liquide; lorsque 200 ou 300 centimètres cubes de gaz avaient été utilisés, on déterminait l'expulsion du gaz et de l'eau.

Landi a, par le même procédé, cherché à établir si la digestion *in vitro* faite avec du suc gastrique de l'homme ou du suc gastrique artificiel était influencée par l'oxygène; il n'obtint pas de résultat indiquant une action favorisante de l'oxygène; mais sur deux malades, l'oxygène exerça une influence heureuse sur les fonctions digestives. G. LYON.

Die Wirkung des innerlich aufgenommenen Wassers auf das gesunde und kranke Herz (Action de l'eau ingérée sur le cœur), par M. STRICKER et W. FRIEDRICH (*Wien. med. Presse*, n° 41 et suiv., 1890).

Chez les sujets dont le cœur est sain, l'ingestion d'eau froide diminue le nombre des battements et élève la pression sanguine; l'eau glacée diminue la pression sanguine. L'eau chaude augmente le nombre des battements du cœur et élève la pression du sang. L'influence de l'eau froide ou chaude ne s'exerce que pendant 15 à 20 minutes.

Chez les cardiaques, l'eau à 4°, 8° et 12° diminue, comme chez les sujets sains, le nombre des pulsations et élève la pression sanguine. L'eau chaude accélère le cœur et augmente pendant les premières minutes la tension du sang. L'eau tiède (25° à 30°) modifie peu le nombre des pulsations, mais diminue la pression du sang. Ces modifications se produisent pendant 20 à 25 minutes; d'ailleurs le cœur malade réagit moins vite que le cœur sain sous l'influence de l'ingestion d'eau froide ou chaude, et ses réactions sont soumises à des oscillations plus nombreuses.

L. GALLIARD.

I. — **Ueber Orexin**, par GLUECKZIEGEL (*Prager med. Wochens.*, n° 13, 1890).

II. — *Idem*, par IMRÉDY (*Orvosi Hetilap*, n° 13, 1890 et *Berlin. klin. Woch.*, n° 42, p. 980, 20 octobre 1890).

I. — Glueckziegel a prescrit l'orexine à 17 malades; chez 14 d'entre eux l'appétit s'est amélioré, le plus souvent dès les quatre premiers jours; 3 ont eu des vomissements, 1 des douleurs d'estomac.

II. — Imrédy a prescrit l'orexine à 12 malades et ne l'a trouvée efficace que chez 7. En général, elle était assez mal supportée et occasionnait des envies de vomir. (*R. S. M.*, XXXVI, 498 et XXXVII, 87 et 137).

J. B.

Zur Therapie der Diphtherie, par LÖFFLER (*Deutsche med. Woch.*, n° 10, p. 353, 1891).

Dans le traitement de la diphthérie, on doit se préoccuper de deux choses : empêcher la migration des bacilles sur les muqueuses saines aussi bien chez les sujets infectés que chez les sujets indemnes, et anéantir les bacilles accumulés dans les fausses membranes.

Löffler fait des cultures de bacilles diphthériques dans le mélange de sérum sanguin, bouillon, peptone, sucre et sel marin qui lui paraît particulièrement favorable, et cela à la température de 37°5. Ces cultures sont mises en contact, à divers degrés de développement, avec des agents antiseptiques. Or, plusieurs remèdes anéantissant les cultures fraîches, superficielles, sont impuissants à détruire les couches épaisses de bacilles à moins qu'on ne les emploie à un degré de concentration

supérieur. Il faut donc, même dans le traitement prophylactique, se servir de solutions fortes.

Lœffler a étudié l'action de tous les remèdes préconisés dans la diphtérie.

La solution de sublimé à 1/1000 détruit tous les bacilles après un contact de 20 secondes. Pour obtenir le même résultat avec l'acide phénique il faut une solution à 3 ou 4 0/0; l'auteur conseille de mettre dans la solution 30 parties d'alcool pour 70 d'eau. Tels sont les mélanges qu'il prescrira aux malades pour se gargariser toutes les trois ou quatre heures; on y ajoutera des solutions faibles pour se gargariser toutes les heures. On pourra encore se servir de badigeonnages avec la solution de chlore à 1 0/0, de brome à 2 0/0, d'acide phénique à 5 0/0.

La prophylaxie sera réalisée, en temps d'épidémie, de la façon suivante : les sujets bien portants se gargariseront toutes les 3 ou 4 heures avec la solution de sublimé à 1/10000 ou 1/15000, mieux encore avec celle de cyanure de mercure à 1/8000 ou 1/10000, ou avec l'eau chloroformée, l'eau chlorée, la solution de thymol à 1/500. Pour les pulvérisations et les vaporisations, les substances le plus efficaces sont les essences de citron, d'eucalyptus, l'anisol, le phénétol, le toluol, le benzol.

Plusieurs agents préconisés récemment, tels que l'acide salicylique, le trichlorure d'iode, paraissent peu efficaces à l'auteur. L. GALLIARD.

Du salol dans les affections rhumatismales tendant à la chronicité, par
L. JACQUEMART (*Thèse de Paris, 1891*)

Dans sa thèse, L. Jacquemart a étudié les avantages que présente le salol dans le traitement des affections rhumatismales tendant à la chronicité. Le salol, d'après les observations qu'il a recueillies, en particulier dans le service de Hayem, amende considérablement les douleurs qui accompagnent certaines formes de rhumatisme chronique, quand ces douleurs ne sont pas trop invétérées. Une analyse complète des faits paraît établir que le salol arrête dans leur évolution les lésions articulaires du rhumatisme chronique.

Ce médicament est administré à la dose de deux, trois ou quatre grammes par jour, en deux fois. CH.

HYGIÈNE

Beitraege zu einer internationalen Statistik der Todesursachen (Matériaux pour la statistique internationale des causes de décès), par RATHS (*Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte VI et Hygienische Rundschau, I, 38, 1^{er} janvier 1891*).

Raths compare les causes de décès survenus de 1885 à 1887, d'une part, en Prusse, Bavière, Saxe, Bade, Hesse, Alsace-Lorraine, d'autre part, en Autriche, Angleterre, Belgique et Pays-Bas.

Les décès par variole, rage, dysenterie, fièvre typhoïde, coqueluche, catarrhe intestinal, cancer, phtisie pulmonaire, inflammations des organes respiratoires et sénilité sont moins nombreux en Prusse qu'en Autriche; c'est l'inverse pour la diphtérie, l'apoplexie, les suicides et les accidents. La mortalité infantile est plus élevée en Autriche (24,4 à 25,5 0/0 des enfants nés vivants) qu'en Prusse (19,9 à 22,5 0/0).

Comparativement à l'Angleterre, la mortalité de la Prusse n'est inférieure que pour la variole, le typhus, la rage, le cancer et la syphilis. La plupart des autres causes de décès et spécialement la diphtérie, la scarlatine, la fièvre typhoïde, les affections diarrhéiques, y compris la dysenterie, sont moins représentées en Angleterre qu'en Prusse. La différence entre les deux pays est surtout accusée en ce qui touche la mortalité des enfants au-dessous de un an, qui oscille en Angleterre entre 13,8 et 14,9 0/0 du chiffre des enfants nés en vie; toutefois en Angleterre, beaucoup de décès survenus avant l'âge de 6 semaines ne sont pas enregistrés. Jusqu'à l'âge de 15 ans, la mortalité reste moindre en Angleterre qu'en Prusse; au delà, la différence devient insignifiante.

A Bade, dans la Hesse et en Alsace-Lorraine, les décès par variole sont beaucoup plus rares qu'en Belgique et que dans les Pays-Bas.

C'est dans la Saxe que la diphtérie fait le plus de victimes. Dans les Pays-Bas, la mortalité de ce chef est à peine la moitié de celle de la Bavière.

Raths conclut que la diphtérie ne paraît guère influencée par les conditions climatériques ou météorologiques.

La coqueluche occasionne le plus de morts en Belgique (62 sur 100,000 habitants), puis en Bavière (30); le moins en Saxe (26); mais les variations annuelles sont considérables.

C'est aussi en Belgique que la fièvre typhoïde donne le plus de décès; en Bavière et en Saxe, elle en cause moins qu'en Prusse et surtout qu'en Autriche, mais davantage que dans les Pays-Bas et la Hesse.

Les décès par affections diarrhéiques sont le moins nombreux dans les Pays-Bas (47 sur 100,000 habitants), le plus nombreux en Bavière (221) où ils sont deux fois plus fréquents qu'en Prusse. Il succombe également plus d'enfants par débilité congénitale et athrepsie en Bavière qu'en Prusse.

Les Pays-Bas se distinguent par la rareté des suicides. Les morts accidentelles sont le plus fréquentes en Angleterre et le plus rares en Saxe. Dans les Pays-Bas, plus de la moitié des morts accidentelles sont des nymphes.

J. B.

Ueber die Ursachen der hohen Kindersterblichkeit in Berlin und anderen deutschen Städten (Causes de la mortalité considérable de la première enfance à Berlin et dans d'autres villes d'Allemagne), par RATHS (*Hygienische Rundschau*, I, 115, 1^{re} février 1891).

La mortalité infantile à Berlin ainsi que dans la plus grande partie de l'empire d'Allemagne, en ce qui concerne les pays situés à l'est de l'Elbe ou au sud du Main, est plus élevée que dans les contrées occidentales de l'empire et beaucoup plus considérable qu'en Belgique, France, Pays-Bas, Angleterre, Suède, Suisse et Italie. Raths ne la trouve pas

suffisamment expliquée par l'alimentation des enfants avec le lait de vache. D'autre part, entre l'Allemagne et les États étrangers, il n'existe pas de différences notables en ce qui touche la proportion des enfants illégitimes, le mariage précoce des femmes, le travail manufacturier. Pour Raths, il faut chercher la principale raison de cette haute mortalité dans une certaine indifférence, passée en habitude, des couches populaires à l'égard de leurs jeunes enfants, dans le manque d'intérêt que témoignent beaucoup de parents pour leur bonne santé. (*R. S. M.*, V, 182; XIV, 532; XVIII, 65; XXVII, 79, 83 et 612.)

J. B.

A propos des revaccinations, par MANGENOT (*Revue d'hyg. et police sanit.*, XII, 1112, décembre 1890).

Mangenot a revacciné avec le vaccin animal 942 élèves des écoles municipales du XIII^e arrondissement; il a eu 16.8 0/0 de succès et 16 0/0 d'insuccès complets. Mais 168 de ces enfants étaient revaccinés pour la seconde fois (12 l'ont été avec succès) et 6 pour la troisième (aucun succès).

La pulpe vaccinale glycinée donne des résultats supérieurs à ceux de l'inoculation de pis à bras, ainsi qu'il résulte des chiffres suivants : 208 enfants revaccinés directement au pis ont fourni 10.5 0/0 de succès; 559 enfants revaccinés sur un bras directement au pis, et sur l'autre avec de la pulpe conservée, ont fourni 18 0/0 de succès; enfin, 175 enfants revaccinés uniquement avec la pulpe glycinée ont fourni 20.5 0/0 de succès. Si au lieu de compter le nombre des enfants, on compte celui des pustules obtenues, on trouve de même que tandis que 1,920 inoculations faites de pis à bras n'ont donné que 8.06 0/0 de pustules légitimes, 1,801 faites avec la pulpe conservée en ont donné 15.83.

Dans de précédentes revaccinations avec les génisses, Mangenot avait remarqué que toutes les inoculations faites avec certaines pustules de l'animal restaient stériles.

La qualité des cicatrices n'influe en rien sur le succès de la revaccination; en revanche, les succès sont en raison inverse du nombre des cicatrices.

J. B.

La vaccination obligatoire, par Th. BELVAL (*Le Mouvement hygiénique*, VII, 49, février 1891).

A propos de la discussion de l'Académie de médecine sur les causes de la dépopulation en France, Belval, en s'appuyant sur ce qui se passe en Belgique, montre que la gratuité de la vaccination ne suffit pas pour en universaliser la pratique; il faut la rendre obligatoire, si l'on veut avoir raison de la négligence des parents.

Il n'y a d'ailleurs pas là une atteinte à la liberté individuelle, mais à l'autorité du père de famille que la loi n'a pas craint déjà de limiter sur plusieurs points, quand il s'agit de protéger l'enfance.

J. B.

La commune de Fort-Mardick près Dunkerque; étude démographique et médicale, par Louis LANCERY (*Thèse de Paris*, 1890).

De l'intéressant travail de Lancry, nous n'extrairons que ce qui a rapport aux effets des unions consanguines, très fréquentes à Fort-Mardick.

Sur 260 mariages contractés de 1862 à 1886, on compte 63 unions consanguines. Parmi les ménages non consanguins, il s'en trouve 3 0/0 n'ayant qu'un seul enfant; parmi les ménages consanguins, cette proportion s'élève à 7,95 0/0. D'autre part, tandis que, parmi les ménages non consanguins, on n'en trouve que 5 0/0 de stériles, on en compte 16 0/0 parmi les consanguins, dont 13,5 0/0 chez ceux au delà du deuxième degré de parenté et 19,2 0/0 chez ceux au deuxième degré, c'est-à-dire dans les unions entre cousins germains.

La conclusion est que la consanguinité des époux tend à rendre leurs unions stériles, mais qu'elle n'exerce aucune influence sur les enfants procréés (sourds-muets, idiots).

J. B.

Welche Massregeln erscheinen gegen die Verbreitung der Diphtherie geboten? (Mesures à prendre contre la propagation de la diphtérie), par F. LÖFFLER (*Berlin. klin. Woch.*, n° 39, p. 885, et n° 40, p. 921, 29 septembre et 6 octobre 1890).

Conclusions du rapport préparé par Loeffler pour le congrès international de Berlin :

1° La diphtérie est causée par le bacille diphtéritique qui se trouve dans les sécrétions des muqueuses malades.

2° Le bacille est projeté au dehors par ces sécrétions et peut être déposé sur tout ce qui entoure le malade;

3° Les diphtéritiques hébergent des bacilles infectieux, non seulement tant qu'ils présentent les moindres traces d'enduits, mais encore quelques jours après la disparition de ces enduits;

4° L'isolement des diphtéritiques doit être rigoureux, aussi longtemps qu'on trouve des bacilles dans leurs sécrétions. L'exclusion de l'école des enfants atteints de diphtérie doit se prolonger au moins quatre semaines.

5° Les bacilles diphtéritiques restent viables 4 ou 5 mois dans les fragments desséchés de fausses membranes. On doit donc désinfecter par ébullition dans l'eau ou par la vapeur d'eau à 100 degrés centigrades tous les objets qui ont pu se trouver en contact avec les sécrétions du malade : linge, literie, vases alimentaires, vêtements des garde-malades. On soumettra de même à une désinfection soigneuse la chambre des malades. Les planchers seront frottés à plusieurs reprises avec une solution chaude de sublimé au millième, les murs et les meubles avec du pain.

6° Les recherches sur la résistance des bacilles diphtéritiques à l'état humide ne sont pas encore terminées. Il est possible que ces bacilles se conservent plus longtemps viables à l'état humide qu'à l'état sec. Les logements humides et sombres paraissent être particulièrement favorables à la conservation du virus diphtéritique. Il faut donc les assainir, c'est-à-dire les dessécher et y donner un large accès à la lumière et à l'air.

7° Hors du corps humain, les bacilles diphtéritiques vivent encore à des températures de 20 degrés centigrades. Ils se développent très bien dans le lait, dont le commerce doit partout faire l'objet d'une surveillance spéciale. On doit interdire la vente du lait de fermes habitées par des diphtéritiques.

8° Les affections analogues de nombreuses espèces animales, pigeons,

poules, veaux, porcs, ne sont pas causées par le bacille de la diphtérie humaine; on n'a donc pas à les redouter comme sources de cette maladie.

9° Les recherches de Klein sur l'identité étiologique de l'affection observée par lui sur les chats et de la diphtérie humaine, ont besoin d'une confirmation nouvelle, pour être probantes.

10° Les lésions des muqueuses des premières voies favorisent la réception du virus diphtéritique, mais elles ne sont pas indispensables chez les individus prédisposés à la maladie.

11° Dans les temps où règne la diphtérie, le maintien à l'état de propreté, chez les enfants, des cavités nasale, buccale et pharyngée devra être l'objet de soins minutieux. En outre, il y a lieu de recommander chez les enfants, à titre prophylactique, les rinçages de la bouche et les gargarismes avec des eaux aromatiques ou avec des solutions de sublimé au dix-millième.

12° Jusqu'ici, on n'a pas établi d'une façon certaine que l'un quelconque des facteurs météorologiques favorise la dissémination de la diphtérie.

J. B.

Der Einfluss des Abwassers der Stadt Zürich auf den Bakteriengehalt der Limmat (Influence des eaux d'égout de Zurich sur la richesse de la Limmat en micro-organismes), par G. SCHLATTER (*Zeitschr. f. Hyg. IX, et Hygienische Rundschau I, p. 45*).

La ville de Zurich (67,000 habitants) déverse ses eaux d'égout dans la Limmat; le volume des premières relativement à celles de la rivière oscille entre le 1/80 et le 1/500 suivant la saison et le plus ou moins de débit de la Limmat.

Il résulte des recherches de Schlatter que la rivière est déjà polluée dans son passage à travers la ville, c'est-à-dire en amont du collecteur; elle contient déjà de 1,000 à 2,000 germes par centimètre cube, alors que l'eau du lac de Zurich, dont elle vient de sortir, n'en renferme que de 100 à 200. Au niveau du débouché du collecteur, la contamination devient brusquement énorme : de 18,000 à 500,000 germes, ou même davantage, par centimètre cube. Au fur et à mesure que la Limmat s'éloigne du point d'abouchement des eaux d'égout, la richesse de sa flore bactérienne diminue et, souvent déjà à 6 ou 7 kilomètres, mais généralement à 10 kilomètres en aval du collecteur, elle ne renferme plus que le nombre de germes qu'elle avait immédiatement avant de recevoir les eaux d'égout. La pluie, la neige et le dégel augmentent la quantité des micro-organismes de la rivière.

La rapidité de l'épuration spontanée de la Limmat est en raison inverse de la violence de son courant; autrement dit, pour Schlatter, la purification spontanée des eaux fluviales s'opère d'autant plus que le courant est plus lent et plus calme. Ainsi s'explique le fait que les lacs profonds contiennent peu de microorganismes et qu'au sortir des lacs, les rivières en renferment toujours moins.

J. B.

Contribution à l'étude des eaux d'Alger, par PÉRÉ (*Annales de l'Institut Pasteur, n° 2, 25 février 1891*).

Les recherches microbiques ont montré l'existence dans toutes les eaux d'Alger du *Bacterium coli* commun, hôte habituel des matières

fécales et des eaux polluées. Il est donc certain, et les expériences chimiques viennent à l'appui de cette conclusion, qu'il y a pollution de ces eaux par les matières fécales.

Dans l'eau de deux sources, on a trouvé le bacille typhique et ainsi se trouve éclaircie, dans une de ses grandes lignes, la question de l'étiologie de la fièvre typhoïde à Alger, où elle est endémique. PAUL TISSIER.

I. — Beiträge zur Kenntniss der Beschaffenheit von stark eisenhaltigen Tiefbrunnenwässern und die Entfernung des Eisens aus denselben, par B. PROSKAUER (*Zeitschrift f. Hyg.*, IX, et *Hygienische Rundschau*, I, 92, 1^{er} février 1891).

II. — Ueber die Beschaffenheit des Berliner Leitungswasser in der Zeit vom April 1886 bis März 1889, par Le MÊME (*Ib.*, *id.*, p. 93).

I. — Les eaux de la nappe souterraine offrent de plus grandes garanties au point de vue de la pureté; mais dans le nord de l'Allemagne, elles renferment souvent une quantité notable de fer que Proskauer a trouvée osciller entre 0,9 et 8^{mr},2 d'oxydure par litre. Ces eaux sont d'abord claires et à saveur d'encre; au bout de peu de temps elles se troublent et deviennent laiteuses; puis elles forment un dépôt floconneux brun. Ce phénomène est dû à la transformation en oxyde de l'oxydure de fer contenu dans ces eaux carboniquées, mais très peu oxygénées. Le fer y est renfermé surtout à l'état de carbonate d'oxydure et de phosphate pur; on y trouve encore de l'ammoniaque, du chlore et souvent de l'hydrogène sulfuré.

La transformation de l'oxydure en oxyde a pour effet d'encrasser assez rapidement les conduites d'une matière brune; l'eau qui jaillit alors du robinet est rouillée. Cesten, ingénieur en chef du service des eaux de Berlin, a imaginé le procédé suivant pour débarrasser cette eau de son fer. Il la fait tomber en pluie sur une couche filtrante, de 15 centimètres d'épaisseur, de graviers, dont le grain est de 1 1/2 à 2 1/2 millimètres. Pour obtenir de bons résultats, il ne faut pas filtrer plus de 1 mètre cube d'eau par heure et par mètre carré de surface, en outre l'eau doit séjourner un peu sur le filtre pour y laisser son oxyde de fer. Cette eau ainsi aérée et filtrée ne renferme plus qu'une quantité insignifiante de fer et devient impropre à la végétation du crénothrix.

II. — Les prises d'eau de Berlin (Sprée et lac Tegel) fournissent une quantité annuelle de 30,500,000 mètres cubes. De 1886 à 1889, la consommation quotidienne par habitant a varié de 64 à 97 litres. Avant filtration, l'eau de la Sprée est trouble; elle a une saveur et une odeur de vase et de renfermé; elle peut contenir jusqu'à 190,000 micro-organismes par centimètre cube et n'en contient presque jamais moins de 1,000, tandis que l'eau du lac Tegel, même non filtrée, n'en contient plus de 1,000 que 12 fois sur 100. La richesse bactérienne de l'eau de la Sprée a indubitablement augmenté, tandis qu'il n'en est pas ainsi pour l'eau du lac. La fonte des neiges a toujours pour effet d'accroître le chiffre des micro-organismes dans les eaux potables de Berlin. La composition chimique des deux eaux non filtrées est restée sensiblement la même; la Sprée contient toujours plus de chlore (20 à 30) que le lac Tegel (12 à 18); la proportion du chlorure de sodium diminue considérablement quand les eaux sont hautes.

Après filtration, l'eau de la Sprée ne renferme plus que de 5 à 280 micro-organismes par centimètre cube; quand la proportion dépasse la limite admissible (150), cela tient à une filtration trop rapide. La filtration diminue aussi la teneur en ammoniacque. Le crénothrix semble avoir complètement disparu des conduites. (*R. S. M.*, XXXII, 498.) J. B.

Die Bestimmung des Fuselöls im Spiritus (Dosage de l'huile de pomme de terre dans l'alcool), par A. STUTZER et O. REITMAIR (*Zeitschr. f. angew. Chemie*, 1890 et *Hygienische Rundschau*, I, 118, 1^{er} février 1891).

Le dosage de l'alcool amylique doit être entrepris d'abord, de la façon habituelle, par agitation avec le chloroforme, sur le produit à 30 0/0 de la distillation de l'esprit avec la potasse caustique. Si l'on constate une proportion d'alcool amylique supérieure à 0,15 volume pour cent, on peut se contenter de la précision ainsi obtenue. Dans le cas contraire, on distille dans un alambic à fractionnement 1 litre d'esprit et 100 grammes de potasse sèche. On recueille ensemble les 500 premiers centimètres cubes qui passent; puis, séparément, chacun des 100 centimètres suivants. Cette distillation terminée, on laisse refroidir l'appareil; ensuite on additionne son contenu de 200 ou 250 centimètres cubes d'eau, et l'on redistille 100 centimètres cubes qu'on joint à la dernière fraction recueillie avant l'addition d'eau. Alors chaque fraction est diluée isolément en alcool à 30 volumes pour 100 et, en commençant par la dernière, on les examine successivement à l'aide de l'appareil à agitation de Røese. Stutzer et Reitmair ont dressé des tables pour le calcul de la richesse en alcool amylique. La dilution en alcool à 30 volumes pour 100 doit être aussi exacte que possible, et les variations de teneur en alcool ne pas dépasser comme extrêmes 29,95 et 30,05; en effet, il suffit de 0,1 volume pour 100 d'alcool pour faire varier de 0,03 centimètres cubes le niveau du chloroforme, ce qui correspond à la présence de 0,0084 volumes pour cent d'alcool amylique dans l'alcool à 30 pour cent. Comme appareil d'agitation, il faut en choisir un qui permette d'opérer sur 250 centimètres cubes d'alcool à 30 0/0 et 50 centimètres cubes de chloroforme. La température pendant les opérations doit rester comprise entre 14°,5 et 15°,5 centigrades.

Stutzer et Reitmair ont fait aussi des expériences avec le capillarmètre de Traube; ils en concluent que, grâce à son maniement simple, il permet souvent de se rendre rapidement compte de la teneur d'un alcool en huile de pommes de terre, mais qu'il est inférieur comme exactitude au procédé d'agitation avec le chloroforme de Røese. J. B.

Weitere Mittheilungen über die Bedeutung der Verunreinigungen des Trinkbrantweins, par Fritz STRASSMANN (*Viertelj. f. öff. Gesundheitplg.* 1890 et *Hygienische Rundschau*, I, 116, 1^{er} février 1891).

Strassmann conclut, contrairement à Dujardin-Beaumetz et Audigé, que ni l'observation clinique ni les expériences sur les animaux (chiens) ne démontrent qu'un alcool contenant de 0,3 à 0,5 0/0, en volumes, d'impuretés, soit plus nuisible à la santé qu'un alcool qui en est complètement dépouillé. Il n'y a donc pas à espérer combattre l'alcoolisme en exigeant pour la consommation des alcools parfaitement purs. (*R. S. M.*, VI, 583 et XIII, 484.) J. B.

Contribution à l'étude du saturnisme à Rouen, par C. DESHAYES (*Revue d'hygiène, XII, 1128, décembre 1890*).

La fréquence du saturnisme à Rouen est plus grande qu'à Paris, Lyon, Marseille et Bordeaux, bien que Rouen ne compte aucune industrie du plomb. Deshayes l'attribue à la boisson habituelle du pays, au cidre, qui par son acidité accroît les chances d'intoxication.

Le saturnisme professionnel s'observe chez les peintres en bâtiment, les chauffeurs de navires, les chaudronniers, les plombiers. Le saturnisme alimentaire y est représenté par l'usage de cidre fabriqué dans des pressoirs peints au minium et à la céruse. Enfin, Deshayes cite trois autres cas plus curieux : dans le premier, il s'agit d'un homme qui avait l'habitude, chaque soir, en se couchant, de casser du sucre sur une plaque de plomb pour boire un verre d'eau. Les deux autres sont des cas d'intoxication dus à la consommation répétée de gibier criblé de grains de plomb.

J. B.

Ueber die Bedeutung des Bleinachweises auf der Haut Bleikranker (Signification du plomb constaté sur la peau des saturnins), par K. MIURA (*Berlin. klin. Wochens., n° 44, p. 1005, 3 novembre 1890*).

Chez aucun des 14 ouvriers en plomb ou malades saturnins examinés, il n'a été possible, à l'aide du sulfhydrate d'ammoniaque et des courants galvaniques, de déceler la présence du plomb dans la peau, après qu'on eut eu soin d'enlever mécaniquement le plomb adhérent à la surface des téguments. Lorsque la réaction caractéristique faisait défaut une première fois, elle n'apparaissait pas les jours suivants. Chez tous les individus examinés, la réaction métallique était la plus marquée au niveau des doigts, des mains et des avant-bras ; elle était faible ou manquant au niveau des parties du corps protégées par les vêtements.

Il est donc impossible à Miura d'admettre l'opinion de Dumoulin (*Bull. Acad. royale de médecine de Belgique, 1884*) que le plomb vient s'accumuler dans la peau pour y être éliminé de l'organisme.

Il y a lieu de recommander aux ouvriers, quand ils quittent leur travail et avant leurs repas, de se laver les mains avec le tartrate d'ammoniaque, qui enlève parfaitement le plomb adhérent aux téguments. J. B.

Mikro-organismen in Unterkleidern, par HOBEIN (*Zeitschr. f. Hyg. 1890 et Hygienische Rundschau I, p. 22*).

La flanelle qui a été portée contient près de 3 à 6 fois autant de micro-organismes que les étoffes pures de fil ou de coton déjà portées ; étoffes de fil et étoffes de coton en renferment à peu près autant les unes que les autres. La soie se comporte presque de la même façon que la laine et le coton. Dans une étoffe en coton pur, la face rugueuse prend 3 fois autant de microorganismes que la face lisse. Les étoffes épaisses déjà portées contiennent de plus grandes quantités de microorganismes que les étoffes minces, dans les mêmes conditions. La désinfection à la vapeur altère les tricots de laine et de coton, les premiers surtout, de telle façon qu'ils deviennent plus aptes qu'auparavant à être des récep-

tacles de microbes. En revanche, la soie n'éprouve aucun changement après passage à l'étuve, ce qui tient à ce que la laine se rétrécit plus que le coton et celui-ci plus que la soie.

Hobein explique ces résultats de la façon suivante : plus les interstices entre les fils et entre les fibres d'une étoffe sont nombreux, plus ils retiennent les poussières chargées de micro-organismes. Plus les fils qui constituent l'étoffe sont filés lâchement et plus les extrémités des fibres sont saillantes à la surface des fils et à celle de l'étoffe, plus celle-ci est apte à retenir les poussières. Des étoffes pareilles, sauf en ce qui concerne l'épaisseur, prennent d'autant plus les poussières qu'elles sont plus épaisses.

Les conséquences pratiques de ces expériences sont que les étoffes de fil et de coton, lisses et à tissu serré, doivent être considérées comme les plus propres ; du reste c'est à elles que l'on a recours quand on peut craindre que des germes infectieux s'attachent aux vêtements. Il est certain que les microorganismes ne pullulent pas dans les vêtements, à moins qu'il n'y ait gêne apportée à l'évaporation et partant humidité prolongée de la peau et des vêtements.

J. B.

Die Schulkurzsichtigkeit und ihre Bekämpfung (La myopie scolaire et les moyens de la combattre), par H. SCHMIDT-RIMPLER (*Leipzig 1890 et Hygienische Rundschau I, p. 69*).

Schmidt-Rimpler a été chargé, par le ministre de l'instruction publique, d'examiner les yeux des élèves de plusieurs collèges ; il a pratiqué deux examens à trois ans et demi de distance, l'un portant sur 1,735 écoliers et l'autre sur 2,002. Il n'a pas tenu compte des anomalies de réfraction inférieures à 1 dioptrie. Voici les faits constatés :

Le chiffre des myopes s'élève avec les classes, avec la durée de la scolarité et l'âge des élèves. La myopie apparaît encore après l'âge de 16 ans. Sur les 702 écoliers qui ont été examinés deux fois, à trois ans et demi de distance, l'influence du zèle pour l'étude était manifeste sur la myopie : 31,2 0/0 des bons élèves étaient myopes et seulement 26,8 des paresseux.

C'est à tort qu'on a prétendu que l'augmentation de fréquence de la myopie dans les classes supérieures tient en grande partie à ce que les écoliers emmétropes quittent prématurément le collège, car la proportion des myopes parmi les élèves sortis du collège correspond exactement à celle constatée chez les élèves restés dans l'établissement.

Le degré de la myopie est aussi plus considérable dans les classes supérieures.

Tout en admettant qu'il y a deux sortes de myopie, l'une plus grave, liée généralement à des affections internes de l'œil et qui n'a rien à voir avec l'école, l'autre dite « du travail » occasionnée par les efforts intellectuels, Schmidt-Rimpler n'accepte pas l'opinion de Tscherning que cette dernière soit pour ainsi dire inoffensive. C'est précisément dans les hauts degrés de la myopie scolaire qu'en effet il a constaté un spasme de l'accommodation. Aussi est-il d'avis qu'il n'y a réellement qu'un petit nombre d'élèves qui soient exposés à des affections oculaires sérieuses en raison de leur myopie acquise en travaillant. Mais le

danger de la myopie scolaire, même en l'absence de ces complications, lui paraît ressortir du fait qu'avec les progrès de la myopie survient une diminution de l'acuité visuelle. En tout cas, Schmidt-Rimpler ne saurait se rallier à l'assertion que la myopie du travail est une myopie d'adaptation et par conséquent une chose avantageuse.

Il est remarquable que le spasme d'accommodation accompagnant les degrés élevés de myopie s'est présenté moins souvent à l'examen de 1888 qu'à celui de 1885. Schmidt-Rimpler l'explique par l'abandon de certains locaux mal éclairés ou par les améliorations qui ont été apportées à leur éclairage défectueux.

La fréquence et l'intensité de l'atrophie par distension s'accroissent aussi avec le degré de la myopie.

L'hérédité n'a de réelle importance qu'en ce qui touche les degrés considérables de la myopie. Schmidt-Rimpler l'a trouvée en 1885 dans 56 0/0 des cas et en 1888 dans 51 0/0. Les élèves affectés d'une myopie supérieure à 6 dioptries présentaient une tare héréditaire plus marquée (65 fois sur 100) que ceux chez lesquels la myopie était moindre (48 0/0). Ses mensurations de l'orbite autorisent Schmidt-Rimpler à repousser comme erronée la théorie de Stilling que la myopie serait un résultat de la conformation du crâne. Il a aussi constaté, parmi les élèves examinés, une grande fréquence des affections de la muqueuse palpébrale, mais sans différence entre les classes.

Schmidt-Rimpler passe ensuite en revue les mesures propres à combattre la myopie. Restreindre les travaux de près et ne les faire exécuter que dans les conditions les plus favorables à la vue ; éclairage (surfaces vitrées, rideaux, lumière artificielle, tableaux muraux) ; mobilier (sièges, pupitres, dossiers, redresse-têtes, position du cahier) ; bâtiments (enduit des parois, plancher, nettoyage, chauffage) ; matériel d'écriture ; impression des livres ; travaux et méthodes d'enseignement (diminution des exercices de mémoire, des ouvrages féminins et des leçons de lecture).

En terminant, il formule les propositions suivantes :

1° Les maîtres devront posséder une certaine connaissance de l'hygiène scolaire ; 2° un médecin doit être chargé d'exercer une surveillance sanitaire sur les élèves et les écoles ; 3° il faut remettre aux parents des instructions imprimées sur la façon de s'asseoir et l'attitude que l'hygiène préconise pour les écoliers, sur l'éclairage qui convient, etc. ; 4° autant que possible, les après-midi doivent être libres pour permettre aux enfants un séjour à l'air et des exercices physiques ; 5° restreindre les devoirs faits à la maison, notamment les écrits ; 6° ne pas étendre les programmes pour l'admission aux établissements supérieurs (*R. S. M.*, XXXVI, 277, et XXVII, 497).

J. B.

Ueber das Verhalten des Wasserdampfes im Desinfektionsapparate (Expériences sur les étuves de désinfection à vapeur), par FROSCH et CLARENBACH (*Zeitschr. f. Hyg.* IX et *Hygienische Rundschau* I, p. 30).

La forme et les dimensions de l'étuve n'ont aucune influence sur la longueur absolue du temps nécessaire à la pénétration des objets par la vapeur. La température se répartit d'une façon parfaitement uni-

forme dans toutes les étuves, qu'il s'agisse de vapeur sous pression ou sans pression. Il ne peut se produire d'angles morts quand la vapeur afflue horizontalement vers tous les points de l'étuve.

La quantité de vapeur et la vitesse de son afflux importent seulement pour la rapidité avec laquelle l'étuve se remplit de vapeur. Une fois l'étuve pleine de vapeur, il n'y a plus besoin d'y faire affluer que la quantité nécessaire au remplacement de celle qui s'est condensée. Sous le rapport de l'économie, il y a lieu de restreindre autant que possible ces pertes par condensation en enveloppant l'étuve d'un corps mauvais conducteur de la chaleur.

On abrège le temps nécessaire à la pénétration par la vapeur en faisant arriver celle-ci par le haut de l'appareil. Les thermomètres à maxima de contrôle ne devront pas être placés au centre des objets, mais en leurs points les plus bas, parce que c'est là que la température atteint le plus tardivement 100 degrés centigrades.

Vu la faible chaleur spécifique des objets désinfectés usuellement, le plus ou moins de réplétion de l'étuve reste sans influence sur la longueur du temps nécessaire à la pénétration des objets; il est donc rationnel de toujours charger l'étuve aussi complètement que possible. Avec la vapeur sous pression, on atteint plus vite la température de 100°; il suffit pour cela d'un faible excédent de pression de 1/10 à 1/20 d'atmosphère. Il y a donc lieu de recourir à la vapeur sous pression quand il s'agit de désinfecter des objets très volumineux. En revanche, l'emploi de la vapeur libre est préférable pour les objets petits ou se laissant facilement pénétrer (pièces de pansement, pièces de vêtements) parce que le fonctionnement de l'étuve à vapeur non comprimée est plus simple, moins dangereux et moins coûteux.

J. B.

Ueber die Einwirkung concentrirter Kochsalzlösungen auf das Leben von Bakterien (Action des solutions concentrées de sel de cuisine sur la vitalité des bactéries), par C.-J. DE FREYTAG (*Arch. für Hyg. XI et Hygienische Rundschau I. p. 9*).

Les bactériidies charbonneuses sont tuées en 2 heures, tandis que leurs spores sont encore vivaces au bout de 6 mois.

Les bacilles typhoïdiques et les staphylocoques pyogènes sont tués au bout de 5 à 6 mois; le bacille du rouget porcin, au bout de 2 à 3 mois.

Les bacilles cholériques sont tués en 6 ou 8 heures.

L'érysipélococque n'est pas tué au bout de 2 mois, ni le bacille tuberculeux au bout de 3 mois.

Le bacille diphtéritique est encore vivant au bout de 3 semaines.

D'où la conclusion, au point de vue pratique, que le salage n'enlève nullement leurs propriétés infectieuses aux viandes d'animaux malades, ce qui est important à savoir, surtout pour les viandes tuberculeuses (*R. S. M., XXXI, 55, et XXXV, 81*).

J. B.

Die Verwendbarkeit des Fleisches vergifteter Thiere (De la consommation de la viande d'animaux empoisonnés), par FRÖHNER et KNUDSEN (*Monatshefte f. praktische Thierheilkunde* 1890 et *Hygienische Rundschau*, I, 160, 15 février 1891).

L'innocuité des viandes empoisonnées a déjà été démontrée en ce qui touche la noix vomique et le tartre stibié par Harms, la strychnine et l'ésérine par Feser, l'arsenic par Spallanzani, Zappa et Sonnen-schein.

Frœhner et Knudsen ont repris la question pour la strychnine et l'ésérine.

Ils ont alimenté des chiens avec de grandes quantités de viande de mouton empoisonnée; ces animaux n'en ont éprouvé aucun inconvénient. Eux-mêmes ont consommé du bouillon et de la viande de même origine, sans y trouver aucun goût particulier ni ressentir de malaise. J. B.

Ueber Fischgift, par SCHMIDT (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 42, p. 978, 20 octobre 1890).

Dans ces dernières années, on a signalé à plusieurs reprises dans les diverses régions de la Russie, des empoisonnements dus à la consommation de poissons ne présentant, ni macroscopiquement, ni microscopiquement, aucune altération indiquant soit une décomposition, soit une putréfaction, soit une autre qualité nocive; du reste, ce n'est pas la totalité du poisson, mais seulement certaines parties qui possèdent ces effets toxiques. D'après les recherches de Schmidt, ces empoisonnements doivent être rattachés à la formation de ptomaines par les bactéries, du vivant même des poissons. Le toxique agit à la façon de l'atropine, occasionnant de la dysphagie, de la sécheresse de gorge, etc., et il amène la mort assez rapidement.

J. B.

Die Butter in Budapest (Analyses du beurre), par Ludw. NÉKAM (*Verein für allgem. Gesundheitspflege in Budapest*, 1890, et *Hygienische Rundschau*, I, 72, 15 janvier 1891).

Nékam a analysé, au laboratoire de l'Institut hygiénique de Pesth, 54 échantillons de beurre provenant de divers marchands de la ville. Il en a trouvé 23 (42 0/0) de purs; 10 (18,5 0/0) de suspects et 21 (38,9 0/0) de falsifiés. Il est à noter que le beurre fourni par les grands producteurs ou marchands est de meilleure qualité (79 0/0 purs, 21 0/0 seulement suspects) que celui des petits producteurs et détaillants (60 0/0 falsifiés et mauvais; 23 0/0 purs).

J. B.

Arrêté royal belge du 10 décembre 1890 réglementant la vente des denrées alimentaires additionnées de saccharine (*Mouvement hygiénique* VII, 29, janvier 1891).

Sous le nom de produit sacchariné, on entend toute denrée édulcorée à l'aide de matières dont la composition chimique et les propriétés physiologiques diffèrent notablement de celles du sucre ordinaire (saccharose) ou des sucres provenant de la saccharification des matières amy-lacées (maltose, glucose).

Les exploitants de brasseries, de glucoseries, de confiseries, de fabriques de liqueurs, de chocolats, de confitures ou d'autres produits alimentaires, qui emploient de la saccharine dans leur fabrication, sont tenus de faire peindre en caractères apparents, les mots : Produits saccharinés à l'extérieur de l'entrée principale de leurs usines et de leurs magasins.

Les étalages des foires et marchés et tous lieux de débit où sont exposés en vente des produits saccharinés, doivent offrir aux yeux du public, à un endroit en vue, en caractères distincts et indélébiles, l'inscription : Produits (ou bière, liqueurs, etc.) saccharinés.

Les enveloppes ou récipients quelconques, pour la vente en gros ou au détail, doivent porter le mot saccharine ainsi que le nom ou la raison sociale du fabricant ou du détaillant. Les expéditeurs ou consignataires de produits saccharinés devront indiquer sur les factures, lettres de voiture ou connaissements, que la marchandise expédiée est vendue comme produit sacchariné.

Les infractions seront punies des peines établies par la loi du 4 août 1890, sur la falsification des denrées alimentaires sans préjudice des peines établies par le Code pénal (*R. S. M.*, XXXV, 489, et XXXVI, 499).

J. B.

Note sur un stigmate professionnel important des boulangers, par G. RAUZIER et L. BOURGUET (*Annales d'hyg. publ. et médico-légale*, 3^e série, XXV, 77, janvier 1891).

Volumineux durillon, arrondi, occupant toute la largeur du doigt au niveau de la face dorsale de l'articulation des première et deuxième phalanges et empiétant un peu plus sur la phalangine que sur la phalange. Ces durillons, couramment dénommés *castets* ou *coussinets*, dans le Midi de la France, sont dus aux chocs subis par la main projetée, les doigts flechis, contre la pâte, au cours du pétrissage.

J. B.

I. — Rapports officiels des inspecteurs fédéraux des fabriques suisses pour les années 1888 et 1889 (*Hygienische Rundschau*, I, 37, 1^{er} janvier 1891).

II. — Die Jahresberichte der königlich bayerischen Fabrik-Inspectoren für das Jahr 1889 (*ibidem*, p. 35).

I. — Les trois inspecteurs suisses signalent, comme progrès principal, l'usage de plus en plus répandu de l'éclairage électrique (lampes à incandescence) dans les fabriques. Leurs rapports portent sur 3,926 établissements comprenant 161,677 ouvriers et sur une série d'autres industries (carrières, chemins de fer, etc.) soumises également à la loi fédérale. La proportion des accidents, par 1,000 ouvriers, est de 32,5 dans le premier cercle d'inspection, de 21,4 dans le deuxième et de 32 dans le troisième, pour l'année 1889. Les accidents ne sont pas plus fréquents chez les ouvriers âgés de moins de 18 ans que chez les adultes. Du reste, depuis quelques années, le nombre des enfants et adolescents employés dans les fabriques va en diminuant.

II. — Les rapports des quatre inspecteurs bavarois s'accordent à déclarer que toutes les mesures destinées à protéger les ouvriers reçoivent des patrons un accueil de plus en plus empressé et qu'il est de plus

en plus rare de voir les ouvriers refuser l'emploi, comme gênant, de ces moyens de protection. Les progrès essentiels, effectués dans l'année, consistent dans la vulgarisation de la lumière électrique, l'amélioration des procédés de chauffage et de ventilation et le soin plus attentif apporté aux dangers d'incendie. L'heureuse influence de l'exposition berlinoise de moyens pour prévenir les accidents industriels, s'est fait sentir en Bavière, par l'introduction de nombreuses dispositions favorables à la sécurité des ouvriers. La proportion d'enfants et de jeunes ouvriers employés varie peu; elle oscille, suivant les cercles, entre 6, 7 et 10,4 0/0 de la totalité des ouvriers. Mais les infractions à la loi qui limite les heures de travail pour cette catégorie d'ouvriers sont nombreuses.

La grande fréquence des accidents parmi les jeunes ouvriers tient au nettoyage (sévérement défendu, pourtant) de pièces de machines en marche.

Deux cas de charbon professionnel ont été signalés dans une fabrique de pinceaux de crin de cheval.

La nécrose phosphorée devient de plus en plus rare : 1 seul cas en 1889.

Un fait réjouissant, au point de vue sanitaire, c'est qu'à Fürth, l'étamage des glaces avec le mercure est de plus en plus détrôné par l'étamage à l'argent.

Dans les industries textiles, les patrons ont spontanément réduit à onze heures la journée de travail de douze heures, sans diminuer les salaires.

Dans l'industrie minière, le chiffre des jeunes ouvriers ne forme que les 3,5 0/0 du chiffre total des mineurs, et les infractions à la loi sont rares.

J. B.

Du danger de l'emploi des boues de ville ou balayures de rue comme matériaux de remblai, par Louis MOREAU (*Le Mouvement hygiénique*, VI, 426, novembre 1890).

Les produits du balayage des habitations et des voies publiques, posédant à un haut degré les propriétés nocives des matières organiques putrescibles, il est important d'en réaliser, à bref délai, l'éloignement rationnel et efficace. A cet effet, il y a lieu de tenir compte, non seulement de l'état actuel, mais de l'extension probable des centres d'agglomération dont les intérêts sanitaires sont en jeu.

Les dépôts permanents de ces détritrus étant dangereux, ceux-ci ne doivent jamais être employés comme matériaux de remblai. Il est même nécessaire, si l'on ne peut les utiliser complètement et sans retard pour les usages agricoles, de procéder à leur destruction par incinération.

J. B.

Sur l'humus de tourbe comme moyen de désodorisation et de désinfection des excréments, par R. WAWRINSKY (*Nordiskt med. Arkiv*, XXII, 15).

D'une série d'expériences faites sur l'humus de tourbe, Wawrinsky conclut que la grande faculté d'absorption de l'eau et des gaz amène la désodorisation des fèces. Les excréments mélangés de 1/8 à 1/10 d'hu-

mus forment une poudrette relativement sèche. Le sulfure hydraté est complètement retenu, l'ammoniaque et les hydrates carburés sont diminués dans la proportion de 75 0/0. L'odeur est à peu près nulle.

Comme désinfectant par contre, l'humus n'a pas de valeur; il contient lui-même de grandes quantités de bactéries et des bacilles saprogènes, les bactéries pathogènes ne sont pas influencées. A. CARTAZ.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Ueber primäre acute Encephalitis, par A. STRÜMPPELL (*D. Arch. f. klin. med.* Band XLVII, p. 53).

Sous ce titre, l'auteur classe la « poliocéphalite supérieure, aiguë hémorragique », décrite par Wernicke et l'encéphalite aiguë des enfants. A ces deux formes d'encéphalite il en ajoute une autre, l'encéphalite aiguë hémorragique primitive de l'adulte, dont il donne les deux observations suivantes :

1^o J.... 27 ans. Point d'antécédents morbides héréditaires ou personnels. Frappé subitement de perte de connaissance.

A son entrée, il est dans le coma absolu. Décubitus dorsal. Pupilles un peu rétrécies réagissant à la lumière; point de paralysie faciale. Paralysie de la jambe et du bras gauches. Les réflexes sont plus marqués de ce côté; le phénomène du pied manque. Insensibilité complète du côté gauche. Rien de particulier du côté des autres organes. Point d'albumine dans les urines; point de raideur de la nuque. Température 39°,5 — 40°. Pouls petit, accéléré. Mort le lendemain de l'entrée avec 41° de température.

A l'autopsie, injection des méninges; réplétion des sinus dans le centre oval de Vieussens: du côté droit, la substance cérébrale est ramollie, jaunâtre, parsemée de foyers hémorragiques ponctiformes. Dans l'hémisphère gauche, foyer hémorragique de 4 centimètres; dans le corps calleux, nombreuses petites hémorragies à droite. Le noyau caudé et la couche optique sont ramollis, ecchymotiques. Les artères de la base, les sylviennes sont injectées et friables. Pneumonie catarrhale des deux bases. Hypertrophie de la rate; reins normaux.

Examen microscopique: point de lésions de la substance grise; altérations vasculaires importantes de la substance blanche. Vaisseaux dilatés remplis de sang. Parois infiltrées de cellules embryonnaires. Infiltration des espaces lymphatiques. Hémorragies capillaires.

2^o F..., 64 ans. Trouvé sans connaissance, est apporté à l'hôpital dans le coma le plus absolu; pupilles inégales; paralysie faciale gauche, déviation de la langue. Paralysie du bras gauche, parésie de la jambe gauche. La sensibilité complètement disparue sur ces parties; réflexes patellaires conservés des deux côtés. Température: 38°—41°. Pouls: 116-130°. Respiration, 40-50 par minute. Mort le lendemain.

A l'autopsie, injection des méninges, réplétion des sinus; le lobe occipital gauche présente un foyer de porencéphalie cicatrisé. Du côté droit, le centre

de Vieussens présente une substance cérébrale rouge-ocreuse, jaunâtre, ramollie, parsemée de petites hémorragies. Ces hémorragies se retrouvent dans l'hémisphère gauche, et le lobe occipital de ce côté en est rempli. Le bulbe et la moelle sont normaux. Pneumonie des bases; vieux infarctus de la rate et des reins; aorte athéromateuse, artério-sclérose. Lésions microscopiques semblables à celles précédemment décrites.

A. MATHIEU.

- I. — De l'épilepsie partielle d'origine sous-corticale, par P. DUFLOQ (Revue de médecine, février 1891).
- II. — Zur Symptomatologie der Gehirntumoren (Tumeur cérébrale, par SCHÖNTHAL (Berlin. klin. Wochens., n° 41, p. 956, 13 octobre 1890).
- III. — Cerebral tumor involving the frontal lobes, par Hill GRIFFITH et Steele SHELTON (Journ. of ment. sc., avril 1890).
- IV. — Cysticerques de la zone motrice, du corps strié gauche, etc., restés latents pendant la vie, par V. PIAZZA-MARTINI (Sicilia medica, n° 1, p. 26; 1891).
- V. — Fall von Echinokokkus des Kleinhirns (Kyste hydatique du cervelet), par SONNENBURG (Berlin. klin. Wochenschr., n° 6, p. 135; 9 février 1891).

I. — Le malade qui fait l'objet de ce mémoire fut pris brusquement d'une sorte d'aura sous forme de constrictions ayant débuté à l'épigastre et qui monta en quelques instants jusqu'à la gorge; à ce moment cette douleur s'irradie vers le côté gauche de la mâchoire. Peu après survient un accès épileptiforme : le premier phénomène est l'attraction de la langue en arrière, puis la tête se tourne un peu vers la gauche en s'inclinant sur l'épaule gauche; la commissure labiale se tire vers l'oreille, et toute la joue est entraînée de ce côté; ce sont des convulsions cloniques qui tiraillent tout le côté gauche de la face; la bouche est entr'ouverte, l'œil ne participe pas aux convulsions. Bientôt celles-ci s'étendent et gagnent le moignon de l'épaule, qui se soulève et retombe par suite de contractions rythmiques; le bras et l'avant-bras ne remuent que par propagation de ces convulsions du moignon de l'épaule; leurs muscles sont relâchés. Pendant les convulsions de l'épaule, la tête s'incline davantage sur le cou; on ne peut la redresser, les muscles sont contracturés. La fin de la crise est marquée par une salivation assez abondante qui commence d'ailleurs un peu avant la fin.

Pas de perte de connaissance. Pas d'élévation de la température ni d'accélération du pouls. Les accès se répètent un grand nombre de fois dans la journée; après l'accès, il existe de la parésie faciale.

Les jours suivants, le nombre des accès allant en augmentant et les jours du malade se trouvant menacés, Lucas-Championnière pratique la trépanation; mais après l'incision des méninges, on ne trouve rien d'anormal. Mort subite le soir de l'opération.

A l'autopsie, on trouve dans la substance blanche du faisceau frontal inférieur (pied de la frontale ascendante) un petit kyste sanguin très ancien et bien encapsulé. La couche corticale était intacte et séparée de la tumeur par une mince zone de substance blanche.

Il est exceptionnel de voir une tumeur située dans la substance blanche être cause d'épilepsie partielle; aussi l'auteur n'a-t-il pas pu réunir d'autre cas authentique pouvant être rapproché de celui qu'il publie. La localisation des mouvements convulsifs dans les muscles de la mâchoire, dans la langue et dans le pharynx, semble bien montrer que le siège des mouvements de ces organes correspond au pied de la frontale ascen-

dante, ainsi que les expériences sur le singe avaient conduit Beever et Horsley à le penser.

C. GIRAudeau.

II.—A la suite d'une violente émotion morale, un jeune homme de dix-neuf ans, à tare héréditaire, fut pris de troubles psychiques (hallucinations, paroxysmes anxieux) et de convulsions générales analogues à celles de l'attaque hystérique; il avait entre autres des accès de pleurs ou de rires spasmodiques sans motifs, et ne perdait jamais connaissance; parfois une affusion froide coupait l'attaque. Ce malade succomba à une pneumonie. A l'autopsie, on constate un gliome gros comme une noisette, mal délimité, très vasculaire, situé dans la couronne rayonnante du lobe frontal gauche.

J. B.

III.—J..., vingt-trois ans, de bonne constitution; pas de syphilis. Depuis le 9 décembre, névralgies violentes du côté gauche et céphalalgie occipitale, accompagnée de nausées et de vomissements qui augmentent depuis plusieurs mois. Par intervalles, délire nocturne, ou bien affaiblissement de la vue et de l'ouïe, surtout le matin; la mémoire diminue; amaigrissement; strabisme convergent du côté gauche. Un examen spécial révèle une névrite optique double, et de la parésie du droit externe à gauche et du nerf olfactif à droite. Le 19, attaque, hémiplegie gauche consécutive qui disparaît en partie le 25. Traitement mercuriel, amélioration, sortie de l'asile le 18 mai 1887. Le 11 juin, on constate qu'elle est en parfaite santé, sauf un léger strabisme convergent du côté gauche. Puis les symptômes se manifestent de nouveau, malgré le traitement mercuriel, et aboutissent à une perte absolue de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût; vertiges; abolition des réflexes rotuliens; l'appétit reste bon, et la malade exprime ses préférences pour tels ou tels aliments; enfin coma qui survient progressivement la dernière semaine, en novembre 1889, avec convulsions unilatérales; mort. Crâne aminci, surface interne très irrégulière, adhérences de la dure-mère. En soulevant l'extrémité des lobes frontaux, on découvre une vaste tumeur qui occupe les deux voûtes orbitaires et adhère au cerveau. Elle ressemble à un second cervelet. Pas d'inflammation de voisinage, ni œdème ni atrophie sensible des circonvolutions de la convexité, mais compression évidente des nerfs olfactifs et optiques. Sarcome.

DESCOURTIS.

IV.—Chez un malade qui succomba à une cirrhose hépatique, on trouva à l'autopsie des vésicules hydatiques en assez grand nombre, siégeant sur l'encéphale; l'hémisphère droit en présentait quatre, dont la plus grosse était du volume d'un pois, sur sa face interne; il en existait une dans le lobe occipital, et deux sur la face externe, entre la première et la deuxième circonvolutions frontales; d'autres occupaient la scissure de Rolando, l'extrémité supérieure de la scissure de Sylvius, deux siegeaient dans les circonvolutions fronto-pariétales, et la substance grise avait disparu à leur niveau; il en existait enfin dans les circonvolutions frontale inférieure interne, temporale.

A gauche, il s'en trouvait une à la face externe de l'insula de Reil, une autre au côté interne de la circonvolution frontale supérieure; une, du volume d'une noix, dans le corps strié, faisant une légère saillie dans le ventricule latéral; la substance grise et aussi la blanche étaient détruites en grande partie à ce niveau; d'autres cysticerques furent encore rencontrés dans le cervelet, dans les muscles. Pendant la vie, on n'avait aucun symptôme révélant cette lésion.

G. LYON.

V.—Complément de l'observation rapportée par R. Köhler (*R. S. M.*, XXXV, 652) dans laquelle il s'agissait d'un homme de vingt-cinq ans opéré d'un anévrysme du creux de l'aisselle occasionné par un kyste hydatique de la gaine vasculaire de l'artère axillaire gauche.

Ce malade fut traité encore pendant sept mois pour la paralysie de son bras gauche. Mais on fut obligé de le congédier, parce qu'il devenait insolent et de méchante humeur. Quelques jours plus tard, il fut pris de douleurs de

tête et d'accès vertigineux qui l'obligèrent à entrer dans le service de Sonnenburg, le 5 juin 1890, dix mois après le début des premiers accidents indiqués par Kœhler. Il ne se plaignit d'abord que d'une violente céphalée occipitale; pupille gauche un peu plus large, aucun trouble de la vision ni du goût. Six jours avant la mort, survenue brusquement dix jours après l'admission, exacerbation des douleurs de tête, obnubilation intellectuelle; apparition de troubles de l'équilibre; diminution bilatérale de l'acuité visuelle, plus marquée à gauche, sans diplopie. Pouls (perceptible seulement au niveau de la radiale droite) lent (48) très irrégulier. Température normale. Vingt respirations régulières. Troubles de l'articulation de la parole. Urine contenant de l'albume et de l'acide succinique. Mort subite au milieu de troubles respiratoires.

Autopsie : Vésicule hydatique de la grosseur d'un petit œuf de poule, dans l'hémisphère cérébelleux gauche, et n'atteignant pas le vermis (fait intéressant au point de vue des troubles de l'équilibre). Pas d'hydatides dans les autres viscères, à l'exception de la substance corticale des reins, qui présentait de petites nodosités miliaires formées par de minuscules vésicules à membrane stratifiée.

L'artère axillaire gauche se terminait, au-dessus de la clavicule, par un tronçon conjonctif; au-dessous de la clavicule et du petit pectoral, une portion de l'artère, bien qu'oblitérée supérieurement et inférieurement par du tissu conjonctif, était encore perméable dans l'intervalle et donnait naissance à la thoracique longue. L'artère humérale qui se terminait également en haut dans une masse conjonctive, était perméable dans la moitié inférieure du bras, ainsi que toute la veine correspondante. Les nerfs cubital, radial et médian étaient enclavés dans le tissu cicatriciel environnant les moignons artériels.

Il est présumable que le transport de l'hydatide s'est effectué par l'artère cérébelleuse inférieure, branche terminale de l'artère vertébrale gauche, née elle-même de la sous-clavière (*R. S. M.*, VII, 516, et XXXII, 113). J. B.

Paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébelleuse, par J. BROSSET (*Lyon méd.*, 20 avril 1890).

Exemple rare d'une paralysie glosso-laryngée avec lésion du cervelet. Il s'agit d'un homme de 60 ans, ayant eu, depuis une fièvre typhoïde survenue à l'âge de 17 ans, des troubles parétiques de la jambe et de l'embarras de la parole. A son entrée à l'hôpital, les troubles de la paralysie glosso-labio-laryngée sont des plus accusés. A l'autopsie, moelle intacte; pachyméningite cervicale peu hypertrophique; œdème des méninges cérébrales; petit ramollissement récent, à la partie antérieure de la capsule interne. Rien au bulbe et à la protubérance. Cervelet: atrophie générale avec plaques de sclérose, plus prononcées dans le lobe droit.

Il semble, d'après ce fait et quelques autres réunis par l'auteur, qu'on puisse établir à côté des paralysies labio-laryngées, bulbaires et cérébrales, une troisième forme, cérébelleuse. A. CARTAZ.

Erkrankung des Conus medullaris und der cauda equina beim Weibe, par EULENBURG (*Zeitsch. für klin. Medicin*, XVIII, p. 54).

Femme de 36 ans prise sans traumatisme d'une affection à marche subaiguë offrant comme principaux symptômes :

1° Anesthésie, pertes des réflexes et troubles de l'innervation volontaire de la vessie et du rectum;

2° Anesthésie d'une partie des mollets, de la région anococcygienne, du périnée, des parties génitales externes;

3^e Troubles partiels de la sensibilité et de la motilité des membres inférieurs.

Eulenburg rattache ces divers troubles à une affection soit du cône médullaire, soit des racines et des troncs nerveux de la queue de cheval. Il n'a pu déterminer si cette affection était d'origine périphérique centrale ou mixte simultanément centrale et périphérique. Sa cause et sa nature sont également restées inconnues.

A.-F. PLICQUE.

I. — Ueber athetotische Bewegungen bei Tabes, par Leop. LAQUER (*Berlin. klin. Woch.*, n° 41, p. 954, 13 octobre 1890).

II. — Ueber das Wiedererscheinen der Sehnenreflexe bei Tabes dorsalis (Réapparition des réflexes tendineux dans l'ataxie locomotrice), par GOLDFLAM (*Ibidem*, 23 février 1891).

III. — Deux cas de tabes spasmodique, par V. IMERWAL (*Bull. Société méd. et natur. de Jassy*, n° 5, 1890).

I. — Laquer a observé 2 cas d'athétose chez les ataxiques.

1^{er} cas. Femme tabétique depuis 8 à 10 ans et incapable de marcher seule.

2^e cas. Homme de 36 ans, ayant contracté la syphilis trois ans avant le début du tabès. Ici les mouvements d'athétose s'observent sur les extrémités ; ils ont commencé du côté gauche.

Rosenbach a déjà publié l'observation d'une femme de 60 ans, tabétique depuis 20 ans, et dont l'autopsie a confirmé le diagnostic. Durant la vie, cette malade présentait aux doigts, d'une façon incessante, les mouvements du pianiste, aux orteils des mouvements d'extension et d'écartement, enfin aux pieds des mouvements d'adduction et d'abduction.

II. — Goldflam publie sous ce titre deux observations (sans autopsie) d'ataxie locomotrice au début, dans lesquelles les réflexes tendineux dont on avait noté sûrement la disparition, reparurent lorsqu'il se produisit une complication cérébrale (ramollissement ou hémorragie). Chez le premier malade, qui était syphilitique, la réapparition des réflexes tendineux n'eut lieu que du côté paralysé et persista jusqu'à la mort (suicide). Chez le second malade, le retour des réflexes fut constaté des deux côtés, pendant le coma final.

J. B.

III. — L'auteur présente deux enfants atteints de tabès spasmodique, dont l'un à forme spinale, et l'autre cérébro-spinale. Les deux malades présentaient un abaissement manifeste de la température des extrémités supérieures et inférieures, symptôme qui n'a pas encore été mentionné, ainsi qu'une cryptorchidie bilatérale, avec possibilité de faire descendre les testicules dans le scrotum. Celui des enfants qui présentait la forme cérébro-spinale, âgé de 4 ans, avait les genoux dans une extension forcée et dans l'abduction, formant ainsi un *genu valgum*, les pieds en talus, la démarche plate décrivant avec les pieds un arc de cercle à concavité externe. Incontinence d'urine et des matières fécales. Comme cause étiologique on ne trouve que la durée de l'accouchement, qui a été de 21 heures environ.

G. BOGDAN.

I. — Polyneuritis recurrens, par EICHHORST (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 17, p. 559, 1^{er} septembre 1890).

II. — Multiple degenerative Neuritis, par LORENZ (*Zeitsch. für klin. Medicin*, XVIII, p. 493).

III. — Sur un cas de polynévrite avec de graves phénomènes ataxiques, par MODIGLIANO (*Riv. gen. ital. di clinica med.*, n° 24, 1890, et n° 4, 1891).

IV. — Atrophic spinal paralysis and multiple neuritis, par GOWERS (*Brit. med. J.*, p. 638, 21 mars 1891).

I. — Eichhorst a observé deux cas d'une affection non encore décrite, qu'il désigne sous le nom de polynévrite à rechutes.

Le premier malade est un homme offrant une paralysie flasque absolue des membres inférieurs avec atrophie considérable des muscles, troubles peu marqués de la sensibilité, réaction de dégénérescence, absence des réflexes tendineux et intégrité des sphincters. L'affection a débuté brusquement en 1883, par des douleurs subites et très violentes, d'abord dans le membre inférieur gauche, puis dans le droit; au bout de quelques heures le malade ne pouvait plus marcher et, dès le lendemain, il ne pouvait plus mouvoir ses jambes. Il resta 17 jours paralysé, puis fut guéri à l'hôpital. De mai 1883 à mai 1890, la santé fut parfaite. Dès lors, reproduction de la même série d'accidents.

Le deuxième cas concerne un jeune homme qui, à plusieurs années d'intervalle fut, au milieu de violentes douleurs, pris brusquement de paralysie du bras droit. Chaque fois il guérit parfaitement, sous l'influence de l'électricité, du massage, etc. Mais, au fur et à mesure des récidives, la durée des paralysies semble s'allonger.

J. B.

II. — Homme de 35 ans. La maladie s'est développée rapidement à la suite d'un refroidissement bien certain. Pas d'autre facteur étiologique, sauf l'alcoolisme. Paralysie flasque de toutes les extrémités, augmentant graduellement, avec atrophie musculaire rapide. Paralysie du pneumo-gastrique. Paresthésie, puis anesthésie durable des parties périphériques des extrémités. Ralentissement de la sensation, troubles très marqués du sens musculaire, violentes douleurs spontanées, surtout aux jambes; pression sur les muscles douloureuse: pas de sensibilité sur les troncs nerveux. Troubles vasomoteurs (œdèmes, sueurs profuses), réflexes patellaires abolis, réflexes cutanés normaux. Diarrhée et vomissements incoercibles. La mort survint dans le collapsus 3 mois 1/2 après le début.

Autopsie. Centres nerveux intacts. Dégénérescence marquée des nerfs périphériques commençant aux racines et allant en s'accroissant jusqu'aux plus fines extrémités musculaires. Les altérations consistent dans une dégénérescence simple, accompagnée par places d'inflammation. Ce n'est que dans les racines motrices qu'il y a augmentation des noyaux. Atrophie des fibres musculaires avec prolifération du tissu conjonctif intermusculaire. Ulcérations gangréneuses et cicatrices dans l'intestin, péritonite par perforation. Parois des vaisseaux altérées; l'altération porte en particulier sur les coronaires, les mésentériques, les artères périphériques. Les capillaires sont, par endroits, gorgés de sang.

A.-F. PLICQUE.

III. — Homme de 64 ans, qui présenta, à trois reprises, des symptômes nerveux graves; il fut malade pour la première fois à l'âge de 50 ans, eut une seconde atteinte au bout de six ans, et une troisième pour laquelle il entra à l'hôpital: le malade accusait des fourmillements dans les membres, et plus spécialement vers leurs extrémités; il n'avait pas de douleurs spontanées, mais éprouvait une sensation de brûlure étendue à tout le corps. Les muscles de la mimique faciale étaient animés de secousses fibrillaires, et les branches du trijumeau étaient douloureuses à la pression, notamment du côté droit; pas de troubles de la sensibilité spéciale. Du côté du thorax, on provoquait, à la pression profonde, une douleur au niveau des espaces intercostaux, surtout à droite. Les membres supérieurs présentaient une atrophie généralisée des masses musculaires. Au repos, les bras n'étaient animés d'aucun tremblement, mais, dès que le malade voulait faire un mouvement, ses bras étaient pris d'un tremblement à larges oscillations, irrégulier. Les muscles et surtout les nerfs étaient douloureux à la pression, la sensibilité

du tact abolie aux extrémités digitales, diminuée jusqu'au milieu de l'avant-bras, normale dans le reste du membre ; la sensibilité thermique était abolie aux extrémités, ainsi que le sens de l'espace et la sensibilité à la douleur ; les réflexes tendineux et cutanés étaient abolis. Aux membres inférieurs l'atrophie était encore plus prononcée ; les troubles de la sensibilité étaient les mêmes ; la marche était rendue impossible par suite de l'incoordination motrice ; et, lorsque le malade était debout, il était pris d'un tremblement généralisé.

L'examen électrique montrait la réaction de dégénérescence, plus ou moins complète, étendue à de nombreux muscles. Après la miction, le malade avait une émission involontaire d'urine, bien qu'il éprouvât le besoin d'uriner.

Tous ces symptômes s'amendèrent progressivement ; au bout de plusieurs mois l'atrophie avait disparu en partie, les jambes étaient toujours faibles et la démarche était alors plutôt celle d'un paralytique ; le traitement consista en application du courant galvanique. Finalement, le malade put reprendre ses occupations, tous les symptômes avaient disparu. G. LYON.

IV. — Garçon de 7 ans, pris de douleurs diffuses à la suite d'un bain froid. Paralyse presque immédiate du bras gauche et de l'épaule, ainsi que des triceps, biceps et deltoïdes droits. Réaction de dégénérescence au bout de quinze jours. Parésie concomitante des membres inférieurs avec exagération des réflexes tendineux. Guérison lente. Gowers insiste sur la participation des nerfs à la lésion : pendant les premiers jours ils étaient le sujet d'une hyperesthésie excessive le long de leur parcours ; jamais il n'y eut d'anesthésie. Il regarde l'affection comme un cas de poliomyélite antérieure aiguë avec polynévrite interstitielle. H. R.

Die Spinalirritation und ihre Beziehungen zu den Erkrankungen der männlicher Geschlechtsorgane, par Alexander PEYER (Vienne 1890 et *Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1^{er} février 1891).

Peyer décrit sous le nom d'irritation spinale une névrose, très commune chez l'homme, caractérisée par une sensibilité du rachis, incommode à la fois par sa continuité et son intensité. La colonne est rarement douloureuse dans sa totalité. Les sièges les plus rares de l'affection sont la nuque et le coccyx ; elle est déjà plus fréquente entre les omoplates et l'est surtout au niveau du sacrum, assez souvent aussi dans les régions rénale, lombaire et aux hanches. Les sensations anormales sont accusées par les malades sous des formes diverses : faiblesse, pression, lassitude, raideur, ardeur, engourdissement, alternatives de froid et de chaud.

Habituellement, l'irritation spinale est accompagnée d'un certain nombre d'autres symptômes nerveux, variables suivant son siège : céphalée, vertiges, insomnie, névralgies cervico-occipitale et cervico-brachiale, etc.

Au point de vue étiologique, il y a à signaler la tare héréditaire désignée sous le nom de diathèse neuropathique, le surmenage corporel ou intellectuel, les excès de toutes sortes, les affections consomptives, une éducation efféminée. Mais les causes occasionnelles les plus ordinaires sont la surexcitation sexuelle, la masturbation, l'amour non satisfait, platonique, les pertes séminales et le coït réservé.

Le diagnostic différentiel est parfois assez délicat. Il doit se faire d'avec le rhumatisme des muscles du dos, les douleurs de croissance,

l'ataxie locomotrice au début, la myélite, les affections des vertèbres, l'hystérie, les maladies du rein, l'ulcère de l'estomac, la coprostase, les anévrismes de l'aorte, la méningite spinale, etc.

La marche de l'affection est chronique, durant des années avec des oscillations non motivées. Il est rare qu'elle survienne tout à fait brusquement. Le pronostic, quant à la vie, est bénin, car jamais l'irritation spinale ne se transforme en ataxie locomotrice, comme on l'a prétendu.

Le traitement doit avant tout s'adresser aux causes : régulariser les selles, tonifier le système nerveux. Les médicaments sédatifs, narcotiques et nervins sont indispensables pour procurer un soulagement momentané ; mais ils ont peu d'effets durables. Il vaut mieux s'adresser à l'électricité, au massage, à la gymnastique, à l'hydrothérapie, aux bains marins, salés, carboniques ou de boues. Un point particulièrement important est le traitement des affections génitales.

J. B.

Isolierte periphere Lähmung des Nervus suprascapularis mit Atrophie (Paralysie isolée du nerf sus-scapulaire), par BENZLER (*Deutsche med. Woch.*, n° 51, p. 1189, 1890).

Il n'y a que quatre observations connues de paralysie isolée du nerf sus-scapulaire : deux de Bernhardt, une d'Hoffmann et une de Sperling.

Soldat de 22 ans, robuste, éprouvant au mois de juin 1890 des douleurs à l'épaule droite ; le bras s'affaiblit progressivement, de sorte qu'il ne peut plus tenir le fusil. Au mois de novembre, l'auteur constate un affaissement au niveau de la fosse sous-épineuse ; le muscle sus-épineux offre peu de résistance au doigt. Les deux muscles sus et sous-épineux sont donc atrophiés. Le malade ne peut amener en avant le bras élevé jusqu'à l'horizon. Le membre étant pendant, la rotation en dehors s'effectue faiblement. Réaction de dégénérescence partielle. Il y a un point douloureux qui semble correspondre au nerf sus-scapulaire.

L'auteur admet, sans pouvoir préciser la cause, une névrite périphérique isolée. Il n'a découvert aucun autre trouble chez le malade.

L. GALLIARD.

Traumatic sciatica..., par SUTTON (*Lancet*, p. 821, 1890).

Malade ayant eu une luxation de la hanche réduite mais continuant à éprouver de vives douleurs sciatiques. Sutton fit une incision pour explorer l'échancrure sacro-sciatique. Il trouva une esquille osseuse de 15 millimètres, occupant l'angle de l'échancrure et placée de telle sorte que sa pointe appuyait sur le nerf dans l'extension de la cuisse. Ablation de l'esquille. Suture des fessiers au catgut. Guérison parfaite.

A.-F. PLICQUE.

Névralgie paludique de la langue avec ulcération, par LE DIBERDER (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 21 février 1891),

Le Diberder cite les deux faits suivants comme deux exemples de paludisme lingual :

1° Femme de 65 ans, sujette aux névralgies temporale ou maxillaire ; depuis un mois vives douleurs à la pointe de la langue, dont la surface est rouge et profondément fendillée : gêne très prononcée de la mastication et de la parole. Echec thérapeutique de diverses cautérisations. Traitement par le sulfate de quinine à la dose de 0gr,70 par jour ; guérison le vingt-sixième jour.

2° Homme de 32 ans, atteint de douleurs aiguës dans la langue, sur le côté droit de laquelle existent deux aphtes, que des cautérisations ont rendu atrocement douloureuses. Administration de 1^{gr},40 de sulfate de quinine par jour ; guérison en huit jours.

OZENNE.

Note sur les paralysies dans la maladie de Parkinson, par MONCORGÉ (*Lyon méd.*, 8 février 1891).

M... publie une observation de paralysie du grand dentelé, survenue au début d'une paralysie agitante et montre par l'étude des cas similaires que les paralysies ne surviennent pas toujours comme phénomènes de cachexie ou complications étrangères, qu'elles peuvent apparaître au début avec ou sans atrophie et qu'il faut rayer la maladie de Parkinson du cadre des névroses.

A. C.

Demonstration zur Landry'schen Paralyse, par E. KLEBS (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 8, p. 208, 23 février 1891).

Dans une autopsie de paralysie de Landry, Klebs a trouvé des thrombus hyalins dans les artères centrales de la moelle épinière, exclusivement au niveau de la racine des cornes grises, des deux côtés du canal épendymaire. Le microscope révéla des hémorragies dans le territoire des vaisseaux thrombosés. Les espaces péricellulaires étaient dilatés et remplis par une substance coagulée, réticulée, à laquelle étaient souvent mélangées de nombreuses cellules à gros noyaux simples. Il s'agissait donc d'un transsudat consécutif à la thrombose vasculaire. En quelques points, il y avait multiplication des éléments cellulaires de la névroglie. Les altérations avaient évolué de bas en haut.

Le malade était un homme jusque-là robuste qui avait offert par intervalles, dans les derniers mois, de violents accès fébriles avec phénomènes gastriques. Puis apparut la paralysie ascendante aiguë qui entraîna rapidement la mort. A l'autopsie, on constata une péricardite tuberculeuse toute récente, non exsudative, siégeant surtout dans l'espace compris entre les oreillettes et les ventricules ainsi que sur les gros troncs vasculaires; cette péricardite était sous la dépendance d'un petit ganglion bronchique caséux qui avait perforé le péricarde.

J. B.

Two fatal cases... (Deux cas mortels de troubles nerveux accompagnés de désordres urinaires indiquant un défaut d'oxydation), par Vaughan HARLEY (*Brit. med. j.*, p. 1169, 22 novembre 1890).

Les deux cas de Harley sont strictement comparables. Ils peuvent se résumer ainsi :

a) Femme de 27 ans, atteinte d'insomnie, d'agitation, de sensation, de constriction thoracique et abdominale. Puis développement d'une impotence fonctionnelle des membres inférieurs, sans paralysie ni atrophie, avec affaiblissement extrême, divagation et amaigrissement. Mort subite. Aucun organe ne paraissait malade, mais les urines étaient d'une couleur rouge sombre, analogues à du porto.

b) Femme de 54 ans, de race névropathique. Insomnie habituelle et usage fréquent du chloral. Bientôt, affaiblissement progressif et tendance aux syncopes. Suppression des réflexes ; pupilles dilatées ; intelligence paresseuse. Comme précédemment, urines très hémaphéiques et chargées de pigment mais non bilieuses. Mort brusque ; pas d'autopsie.

L'auteur donne une très complète analyse chimique de l'urine, et conclut qu'il s'agit d'une maladie du système nerveux, voisine de la neurasthénie, caractérisée par le ralentissement des processus d'oxydation des tissus.

H. R.

I. — A case of acromegaly, par Robert RUTTLE (*Brit. med. j.*, p. 697, 28 mars 1891).

II. — Ein Fall von Akromegalie, par C. GERHARDT (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 52, p. 1183, 15 décembre 1890).

III — Ein Fall von Akromegalie in Folge von Schreck (Acromégalie suite de peur), par P. K. PEL (*Ibidem*, 19 janvier 1891).

IV. — Un cas d'acromégalie probablement congénitale, par CÉNAS (*Loire méd.*, 15 décembre 1890).

I. — Femme de 38 ans, mariée à 24 ans, jamais réglée depuis. Bientôt après, douleurs à la nuque et sensations d'engourdissement dans tout le corps, puis gonflement des pieds et des mains. Quelque temps après son mariage, crises de vertiges avec perte de connaissance, qui se sont depuis répétées souvent, accompagnées de souffrances excessives.

C'est à cette date que s'est accentuée l'hypertrophie des doigts de la main, qui sont devenus énormes. Simultanément, affaiblissement de la vue et cécité de l'œil droit (atrophie du nerf optique); l'œil gauche est atteint d'hémianopsie.

La face a subi des transformations; elle est pâle, légèrement bouffie; les lèvres et les paupières épaissies, les cartilages du nez sont allongés et hypertrophiés; la mâchoire inférieure est énorme et prognathe; les dents sont séparées les unes des autres, et la tête mesure 23 pouces 1/4 de circonférence.

La santé générale est bonne, sauf les douleurs de tête encore persistantes, et une sensibilité anormale de l'ouïe. Les crises douloureuses sont modifiées par l'exalgie.

H. R.

II. — Ancien cocher, âgé de 62 ans, buveur, ayant eu la syphilis et la fièvre intermittente, et ayant un catarrhe bronchique chronique peu intense. Après avoir habité une cave il fut pris, en octobre 1888, de douleurs d'abord dans le cou-de-pied gauche, puis dans d'autres jointures; ces douleurs, qui ont persisté jusqu'ici, et s'exacerbent par instants, sont la seule chose dont se plaigne le malade, bien qu'en même temps il ait perdu ses forces, et que ses extrémités, les supérieures surtout, aient augmenté de volume. Au lieu de mains, il a des sortes de pattes et des doigts en saucissons. Il s'est produit aussi de l'hypertrichose au niveau des parties malades. Ongles épais, friables, striés transversalement et longitudinalement. L'augmentation de volume remonte jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras et le bas de la jambe. Les phalanges terminales sont surtout hypertrophiées. Malgré l'apyrexie, il y a constamment de la fréquence du pouls, un peu d'exagération de l'activité cardiaque et des sueurs fréquentes, surtout au niveau des membres malades. Pas d'autres troubles de la sensibilité que les douleurs.

Cet homme présente aussi un grand nombre de nævi sur la surface du corps. La fente palpébrale droite est un peu plus étroite. La face n'a rien d'anormal; pas de cyphose. Mais les clavicules et les tibias sont volumineux et rugueux; il y a une légère atrophie du deltoïde et du susépineux droits. Rien à l'ophthalmoscope. Le corps thyroïde paraît atrophie. Pas trace de matité thymique. Rien de semblable dans la famille.

III. — Fille de 25 ans, sans hérédité nerveuse, parfaitement portante jusqu'en mars 1889, où elle éprouve, ayant ses règles, une violente peur.

Dès le lendemain, douleurs dans la tête et dans les yeux, puis photophobie et larmoiement.

Quelques semaines plus tard, douleurs d'oreilles avec bourdonnements, élancements dans les gencives; ensuite, douleurs rhumatoïdes, céphalalgie, vomissements.

Peu à peu son visage se mit à grossir et à changer de forme. Soif intense et sueurs profuses. Constipation; parfois du ténésme vésical.

Etat en octobre 1890. Les règles n'ont pas reparu depuis mars 1889. Température, respiration et pouls normaux. Humeur triste. Douleurs dans la tête. les yeux, les oreilles et les membres. Lassitude générale, photophobie, larmoiement, hyperydrose générale. L'augmentation de volume des mains et des avant-bras est régulier et réellement difforme. Le visage a pris une forme ovale allongée; le diamètre occipito-mentonnier mesure 24 centimètres $1/2$. Nez et cloison des fosses nasales épaissis et larges; les lèvres également, surtout la supérieure. Zygomatique droit proéminent. Rien à l'ophtalmoscope. Oreilles plutôt petites et ongles normaux.

L'augmentation de volume porte également sur les pieds, les rotules, les crêtes iliaques, les clavicules et le rachis. État normal de la sensibilité et des réflexes. Marche pénible et lente, le corps incliné en avant. Rien d'anormal à l'exploration électrique. Pas d'hypertrophie du thymus. Corps thyroïde peu développé. Urines normales.

Pel a eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un autre acroméganique. Il s'agissait d'un garçon de 14 ans, admis une première fois, en mars 1888, avec une hémiplegie droite qu'on diagnostiqua, due à une tumeur cérébrale. Lorsque ce malade revint deux ans plus tard, il était presque méconnaissable, à cause de l'augmentation de volume de ses membres survenue depuis six mois seulement. Il avait en outre tous les signes d'une tumeur du cerveau (céphalée, œdème de la papille, phénomènes bulbaires, etc.) A l'autopsie, on trouva un gliome volumineux dans l'hémisphère gauche. L'hypophyse cérébrale était normale, le thymus légèrement hypertrophié et le corps thyroïde un peu atrophié.

J. B.

IV. — Jeune homme de 15 ans, issu de parents nerveux et alcooliques. A l'âge de 5 ans, apparition de taches pigmentaires sur les mains et les pieds, qui, dans la suite, deviennent volumineux. Actuellement, on constate que les mains sont épaissies dans tous leurs diamètres, les doigts cylindriques informes, et les ongles petits, minces, secs; ces différentes déformations ne sont pas absolument symétriques, mais elles existent des deux côtés. L'augmentation de volume de la main tient d'une part à l'hypertrophie musculaire, et d'autre part à une hypertrophie des métacarpiens et des phalanges. Mêmes altérations du côté des pieds, moins atteints cependant que les mains.

En outre, sur les membres supérieurs et inférieurs, particulièrement aux extrémités et sur la face antérieure du thorax, on observe de nombreuses taches pigmentaires, dont la couleur varie chaque jour du lilas clair au violet lie de vin, avec toutes les teintes intermédiaires. Irrégulièrement distribuées et de largeur variable, ces taches ne s'accompagnent ni de battements, ni de chaleur, ni de sécrétion sudorale.

Tête volumineuse. Asymétrie du visage, dont le côté droit est notablement hypertrophié. Pas de troubles des sens spéciaux; pas de troubles de la sensibilité. En résumé, ce fait est un type d'acromégalie dans lequel l'hypertrophie de la face et du crâne est unilatérale.

OZENNE.

Sur l'hémihypertrophie, par P.-J. MOEBIUS (*Münch. med. Woch.*, n° 44, 4 novembre 1890).

Garçon de 14 ans. Père neurasthénique. Développement général normal. Crâne pas trop volumineux et symétrique. Les cheveux sont aussi abondants à gauche qu'à droite. Les deux moitiés du front et les yeux ne présentent aucune différence. La peau et le tissu sous-cutané des joues et des lèvres sont plus développés à gauche qu'à droite. Le pavillon de l'oreille gauche est aussi plus gros. Les deux moitiés des maxillaires paraissent égales, les dents sont aussi des deux côtés à peu près semblables, seulement du côté gauche existent en haut et en bas, à côté de la première molaire, une dent supplémentaire qui manque à droite. La moitié gauche de la langue est manifestement plus large et plus épaisse que la moitié droite. L'amygdale gauche seule est hypertrophiée. Le tronc et les membres sont plus développés du côté gauche. La différence est surtout nette aux mains, la droite est bien constituée, la gauche est plus grande, plus grosse, plus massive. Elle rappelle beaucoup les dessins de la main dans l'acromégalie. Les deux bras ont sensiblement la même longueur.

La jambe gauche est à peine plus longue d'un centimètre, de sorte qu'on pourrait penser que les os ne participent pas à l'hypertrophie. Cependant, la mensuration comparative des omoplates démontre que les os sont pris. La peau et le tissu sous-cutané font néanmoins les principaux frais de l'hyperplasie. La poitrine a un centimètre de plus à gauche qu'à droite, elle est plus molle, plus charnue. Les muscles sont indubitablement plus développés à gauche. Ce côté est d'ailleurs le plus fort. Ceci est surtout net dans le mouvement de flexion et d'extension des bras. Les organes génitaux sont symétriques et normaux.

A la surface de la peau, on voit de nombreuses taches rouge-bleu, plus abondantes et plus sombres à droite. A gauche, elles manquent même quand il fait chaud. L'oreille gauche est un peu plus rouge. Les gros vaisseaux semblent pareillement développés des deux côtés. Sensibilité spéciale et générale, réflexes, excitabilité électrique, viscères, intelligence ne présentant rien d'anormal. Douleurs dans le bras gauche depuis quelques mois sans cause connue.

A rapprocher des cas d'Aly, de Möbius, de Wagner. L'hypothèse d'une lésion nerveuse congénitale (hérédité nerveuse, père neurasthénique) semble plus admissible que celle d'une lésion vasculaire. Le côté lésé est celui qui est hypertrophié, ainsi que le montrent sa configuration anormale et les douleurs du bras gauche.

P. TISSIER.

- I. — Étude sur la perceptibilité différentielle, par MENDELSSOHN et MULLER-LYER (*Arch. de neurol.*, novembre 1890).
- II. — De l'influence des excitations sensitives et sensorielles dans les phases cataleptique et somnambulique du grand hypnotisme, par G. GUINON et Sophie WOLTKE (*Nouvelle Iconog. de la Salpêtrière*, n° 1, p. 77, 1891).
- III. — Le sang dans l'hystérie normale, par GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINÉAU (*Progrès médical*, 14 février 1891).
- IV. — Paralysie faciale hystérique, par BOINET (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 janvier 1891).
- V. — Des troubles trophiques dans l'hystérie, par PITRES (*Progrès médical*, 21 février 1891).

- VI. — Troubles trophiques cutanés dans l'hystérie, par RICHARDIÈRE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 mars 1891).
- VII. — De la migraine ophtalmique hystérique, par J. BABINSKI (*Arch. de neurol.*, novembre 1890).
- VIII. — Ein Fall von paroxysmaler Tachycardie, par Arnim HUBER (*D. Arch. f. klin. Med.*, Band XLVII, p. 13).
- IX. — Ueber acutes Stottern (Bégaiement aigu), par L. TREITEL (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 45, p. 1041, 10 novembre 1890).
- X. — Contribution à l'étude de l'œdème bleu hystérique, par BOIX (*Nouvelle Iconog. de la Salpêtrière*, n° 1, p. 65, 1891).

I. — Les recherches de Mendelssohn et Muller-Lyer sur 200 malades du service de Charcot, leur ont montré que la perceptibilité différentielle peut subir tous les degrés possibles de dépression. Ils croient pouvoir en conclure aussi que la loi parallèle de Fechner n'est pas applicable à toutes les modifications pathologiques de la perceptibilité sensorielle. (Cette loi de Fechner consiste en ce que, quand la perceptibilité d'un sens varie également pour deux excitants, la perceptibilité de ce même sens pour leur différence relative ne varie point pour cela.) Il faut remarquer encore qu'un processus pathologique, intéressant l'organe sensoriel n'entraîne pas fatalement un trouble du côté de la perceptibilité différentielle, tandis que dans les amblyopies fonctionnelles des hystériques elle se trouve toujours sensiblement diminuée.

La perceptibilité différentielle qui marche parallèlement avec l'acuité visuelle, constitue ainsi ce que Mendelssohn et Muller-Lyer appellent le symptôme de relation. Or il existe des cas où l'acuité visuelle est plus troublée que la perceptibilité différentielle. Ce sont tous les cas organiques où le passage des impressions lumineuses est entravé par une lésion siégeant sur le parcours compris entre la rétine et les centres occipitaux, comme chez les alcooliques, les ataxiques et dans d'autres affections cérébrales de cause organique. La deuxième catégorie comprend les cas où la perceptibilité différentielle est plus troublée que l'acuité visuelle; ce sont tous les cas d'amblyopie hystérique. Chez tous les hystériques, les troubles de la perceptibilité différentielle pour la vision centrale sont généralement accompagnés d'un rétrécissement proportionnel du champ visuel. Enfin, dans tous les cas, la perceptibilité différentielle peut rester normale dans les troubles chromatiques les plus accusés.

DESCOURTIS.

II. — Chez trois femmes, pendant la phase cataleptique du grand hypnotisme G. G... et S. W... ont pu, à l'aide d'excitations sensibles et sensorielles (verres colorés, diverses substances, telles que chloroforme, éther camphré, sulfure de carbone, etc.), déterminer des suggestions dont le caractère est d'être absolument indépendantes de la volonté de l'opérateur et de varier avec chaque malade qui interprète à sa façon chacune des sensations qu'on lui fait percevoir.

G. LYON.

III. — Les recherches d'hématologie ont porté sur dix malades, cinq hommes et cinq femmes. Elles ont permis de constater : 1° que chez les hystériques normaux la même solution de continuité du tégument cutané que celle faite à un individu sain, ne donne issue qu'à une quantité de

sang d'un tiers environ inférieure à la normale (les prises de sang ont été faites comparativement sur les points sensibles ou insensibles).

2° Qu'en dehors des cas d'anémie et de chlorose, les quantités d'hémoglobine, l'urée et la glycose sont en proportions normales.

IV. — Une femme de 31 ans présente depuis 7 ans une paralysie faciale droite, ayant débuté brusquement, peu après une vive émotion ; c'est une paralysie incomplète du facial inférieur, offrant le type des paralysies faciales centrales. La moitié droite de la face est anesthésiée. Depuis quelques jours la malade était atteinte d'un tremblement du membre supérieur droit survenu après une grande frayeur. Le tremblement consiste en oscillations régulières, lentes, 80 par minute, avec mouvements rythmiques des diverses sections du membre.

La malade, fille d'hystérique, offrait elle-même des signes très nets d'hystérie.

V. — Pitres rapporte un certain nombre de cas de troubles trophiques assez variés, observés chez des hystériques.

1° Un cas d'œdème du membre inférieur gauche, simulant une phlegmatia alba dolens, et guéri par des aimants.

2° Un cas de paraplégie faciale avec réfrigération permanente de la peau des jambes (25° au lieu de 34 aux cuisses) et abolition des réactions vasculaires provoquées par les sinapismes. Après plusieurs séances de faradisation, guérison complète (32°,8 aux mollets, 34°,2 à la cuisse).

3° Un cas d'atrophie musculaire, sans paralysie ni contracture. Un homme de 23 ans s'aperçut quelques mois après avoir reçu un coup de couteau près du sein gauche, que les muscles de l'éminence thénar maigrissaient, puis ceux du membre tout entier. En 1887 (5 ans après l'accident) on notait une atrophie notable de tout le membre supérieur gauche ; les réflexes sont normaux, ainsi que les réactions électriques des nerfs et muscles. Sur tout ce membre hypoesthésié, ainsi que sur le haut du tronc et la muqueuse de l'épaule droite, hyperesthésie des doigts et de la paume gauche. Anesthésie pharyngée, rétrécissement du champ visuel.

4° Un cas de paralysie faciale chez une femme à la suite d'un léger traumatisme. Affaiblissement rapide de l'excitabilité électrique des muscles paralysés, sans réaction de dégénérescence. La paralysie faciale était totale, et s'accompagnait d'une contraction des muscles releveurs de la mâchoire inférieure. Guérison en un mois.

5° Un cas de paralysie des quatre membres avec chute spontanée des dents de la mâchoire supérieure gauche, et escharre fessière. La malade, âgée de 25 ans, a eu quatre crises de paralysie des quatre membres ; c'est pendant la deuxième attaque qu'elle a eu une escharre fessière, et pendant la troisième qu'elle a eu cette chute des dents.

VI. — Un homme de 29 ans, fils et frère de névropathes, a une attaque d'apoplexie avec perte de connaissance pendant 24 heures, suivie d'hémiplégie motrice droite durant 25 jours. Il présente, trois semaines après l'attaque, une amyotrophie aux deux mains beaucoup plus marquée à droite, au niveau des éminences thénar et hypothénar. Il existe en outre des bulles de la grandeur d'une pièce de vingt centimes à un franc, sur les deux mains à la face palmaire des doigts ; ces bulles ont évolué en trois poussées successives, se dessèchent et laissent après elles une surface épidermique, dure, cornée. La contraction tant faradique que galvanique est diminuée dans les muscles de l'avant-bras et de la main droite.

Le malade présente en outre des stigmates hystériques, une hémianesthésie sensitive à droite avec troubles du goût à droite, rétrécissement concentrique du champ visuel à gauche, etc.

VII. — La coïncidence de la migraine ophtalmique et de l'hystérie a été notée déjà depuis longtemps, et a été mentionnée en particulier par Galezowski, Féré, Raullet, Robiolis. Mais aucun de ces auteurs ne démontre qu'il peut y avoir un lien étroit entre ces deux états et que la migraine ophtalmique peut être une manifestation de l'hystérie. Cette dernière opinion a été émise par Charcot, et Babinski soutient ici la même thèse en s'appuyant sur plusieurs observations. D.

VIII. — Jeune fille de 22 ans se plaint de palpitations intenses. L'examen ne permet de rien relever de particulier dans les divers organes. De 12 à 16 ans, elle a été frappée de deux attaques d'hémiplégie. Encore enfant, elle se plaignait déjà de palpitations avec dyspnée.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade a eu six attaques de tachycardie dont la plus longue a duré 33 heures. Survenant brusquement et finissant de même, elles ne reconnaissent point de cause déterminante appréciable.

Pendant l'attaque, nausées, parfois vomissements, absence de dyspnée, refroidissement des extrémités; pouls accéléré, petit, faible, régulier; bruits du cœur sourds, point de douleur précordiale.

Un point curieux de cette observation est la constatation d'une polyurie paroxystique. La quantité d'urine émise en vingt-quatre heures a oscillé entre 1,100 et 5,800 grammes par jour.

En raison de la double hémiplégie passagère, l'auteur rapporte la tachycardie et la polyurie à l'hystérie; pour lui il s'agirait d'une paralysie transitoire momentanée du pneumogastrique.

A. MATHIEU.

IX. — Les exemples de bégaiement aigu n'abondent pas dans la littérature médicale. Treitel n'en a trouvé que quatre cas. Le premier est dû à Semmola; il concerne un jeune homme de 18 ans, ayant eu peur; le trouble de la parole après avoir duré quelques jours céda à des émissions sanguines répétées. Deux autres ont été rapportés par Coën (*Pathol. und Therap. der Sprachanomalien*, 1886). L'un est celui d'une femme de 23 ans, prise au cours d'une exacerbation de bronchite chronique, de difficulté à prononcer les mots commençant par une consonne, elle fut guérie dès le lendemain à la suite d'une saignée locale et d'un émétique. L'autre cas est celui de la fille Goldbaum, âgée de deux ans et demi; elle devint tout à coup bégue à la suite d'une chute sur l'occiput. Enfin le dernier cas a été publié par H. Schmidt (*Deutsche militärische Zeitschr.*, 1889, n° 6). Il s'agit d'un hussard ayant reçu un coup de pied de cheval sur le côté gauche du front. Ce traumatisme fut d'abord suivi d'aphasie, de surdité gauche et de paralysie du bras droit; celle-ci disparut au bout de trois jours. Dès le lendemain, l'aphasie n'était plus totale, mais il y avait du bégaiement. Quatre semaines plus tard, l'aphasie avait entièrement disparu, mais le bégaiement persistait.

Treitel en relate deux nouveaux exemples, tous deux chez des enfants. Chez un garçon de deux ans et demi, le bégaiement succéda à une aphasie traumatique et guérie après six semaines de traitement méthodique. Chez un garçon de 7 ans, à hérédité nerveuse, le bégaiement était survenu dans la convalescence de la grippe et persistait encore au bout de deux mois. J. B.

X. — Homme de 35 ans, qui, outre de nombreuses manifestations hystériques, présenta, à quatre reprises, des attaques d'œdème localisées à la main droite; le bras du même côté était parésié; il existait un œdème très prononcé de la main avec refroidissement et coloration violacée, et de l'anesthésie au niveau de la région œdématiée; la coloration de la main était d'ailleurs très variable au courant de la journée; tantôt elle était rouge sombre, avec des plaques plus ou moins foncées et des points cyanosés; d'autres fois tout à fait cyanosée, d'autres fois rosée; l'œdème était dur et la position

de la main n'avait aucune influence sur le volume de l'œdème ou la coloration des téguments, il existait un écart de 6°,5 entre la température de la main œdématisée et celle du côté sain ; mais cet écart n'était pas constant ; la main présenta même à un moment une température de 34°,4, celle de la main saine n'étant que de 24°,3 ; il faut encore signaler la coïncidence sur la main droite de contracture et de tremblement.

G. LYON.

Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit (Un cas de maladie de Thomsen), par Paul SEIFERT (Arch. f. klin. Med., XLVII, p. 127).

S..., 25 ans, ciseleur. Frère atteint dès son enfance de la maladie de Thomsen. Chez le malade, les premiers troubles remontent également à son enfance ; on ne relève chez lui aucune maladie antérieure. Les troubles myotoniques s'exagèrent en certaines circonstances (froid, repos prolongé, fatigue musculaire). Le malade est fortement musclé ; néanmoins, on est frappé de la force effective relativement faible des muscles pour leur volume. Les troubles myotoniques sont caractéristiques : lorsque le malade exécute un mouvement volontaire, il lui est impossible de le recommencer immédiatement après, en raison de la contraction persistante des muscles mis en action : c'est ainsi qu'il reste les yeux fermés un certain temps avant de pouvoir les ouvrir. Ces troubles sont évidents dans tout le jeu de la physiologie et dans les mouvements des membres inférieurs et supérieurs. On n'observe rien d'anormal dans la parole et les mouvements oculaires. L'excitabilité mécanique des nerfs moteurs n'est point augmentée, elle est plutôt diminuée ; l'excitabilité musculaire mécanique n'est point augmentée pour les excitations d'intensité moyenne ; au contraire, elle est peu augmentée pour les excitations d'intensité plus forte.

Pour les nerfs moteurs, l'excitabilité faradique et galvanique est normale ; pour les muscles, on observe une contraction lente persistante surtout si le muscle a été longtemps au repos. La durée de cette contraction lente et tétanique diminue d'autant plus que les excitations sont plus fréquentes.

L'examen histologique du muscle confirme le diagnostic de maladie de Thomsen.

MATHIEU.

Un cas de polymyosite aiguë hémorragique, par A. PRINZING (Münch. med. Woch., n° 48, p. 846, 2 décembre 1890).

L'affection survint chez un homme de 52 ans et se termina rapidement par la mort. Quant à la localisation du processus, l'absence de douleur le long des cordons nerveux pendant la vie ; l'intégrité, histologiquement constatée, des filets nerveux intra-musculaires ; l'existence de vacuoles dans les fibres musculaires indiquent bien qu'il s'agissait d'une polymyosite primitive. L'affection évolua avec fièvre et atteignit la plupart des muscles (membres, tronc, face, yeux, larynx, etc.).

P. TISSIER.

I. — Vorstellung eines Falles von Dystrophia muscularis progressiva, par SENATOR (Berlin. klin. Wochens., n° 48, p. 1120, 1^{er} décembre 1890).

II — Un cas de paralysie pseudohypertrophique, par REMAK (Ibid.).

I. — Cas de la forme juvénile offrant comme particularités : 1° le début tardif à l'âge de 34 ans ; 2° l'origine traumatique ; 3° l'absence de tare héréditaire ou familiale.

Il s'agit d'un homme de 37 ans ayant de l'atrophie et de l'affaiblissement des muscles dorsaux ainsi que de certains muscles des ceintures scapulaire et pelvienne, tandis que, d'autre part, il existe une augmentation de volume

d'autres muscles (deltoïde, triceps brachial, tenseur du fascia lata, gastrocnémiens, etc.); en même temps il a les troubles fonctionnels caractéristiques, tels que la diminution simple de l'excitabilité électrique pour les deux ordres de courants.

Il est à noter qu'au lieu de contractions fibrillaires, il a des contractions plus étendues, fasciculaires, de véritables ondulations musculaires survenant non seulement quand il se met nu, mais chaque fois qu'il contracte les muscles intéressés.

En outre, le bas du visage est singulièrement aminci et flasque et les muscles de cette région présentent aussi des contractions fasciculaires, mais sans trouble fonctionnel.

II. — Dans la discussion, Remak déclare qu'il ne croit pas à l'existence de l'atrophie faciale, vu l'intégrité des orbiculaires palpébraux et buccal. Comme Erb (*R. S. M.*, XXXVII, 136), il admet que l'atrophie musculaire de l'enfance de Duchenne, la forme juvénile et la paralysie pseudo-hypertrophique ne sont que des chaînons d'une même maladie.

Il montre un garçon de 7 ans, atteint de paralysie pseudo-hypertrophique, qui marche assez facilement sur terrain plat, mais ne peut monter ni se relever qu'au prix des plus grands efforts. Ses mollets sont très durs et volumineux, la lordose n'est pas très marquée; il offre les réactions électriques caractéristiques. Du côté des membres supérieurs, on n'aperçoit rien d'anormal à première vue. Mais il a, comme dit Erb, les *épaules lâches*, c'est-à-dire que lorsqu'on l'aide à se relever en le tenant par les épaules, on voit les acromions monter jusqu'aux oreilles: c'est là l'indice d'un affaiblissement et d'une légère atrophie des pectoraux, du grand dorsal et des trapèzes. En outre, il rit en travers et ne peut donner un baiser comme tout le monde ni siffler, vu l'état morbide de la lèvre supérieure, qui est en retrait sur la lèvre inférieure.

C'est l'unique enfant de parents bien portants; il n'a pu courir qu'à 2 ans et demi.

J. B.

I. — On two cases of muscular dystrophy, par UPSON (*N. York med. journ* p. 202, 23 août 1890).

II. — Un cas de myopathie pseudo-hypertrophique avec atrophie des membres supérieurs et troubles de l'intelligence, par A. PILLIET (*Revue de médecine*, mai 1890).

III. — Three cases of pseudo-hypertrophic paralysis in brothers with an interesting family history, par Barclay NESS (*Glasgow med. journ.*, p. 157, février 1891).

IV. — Sur la déformation du crâne constatée dans certains cas de myopathie progressive primitive, par MARIE et ONANOFF (*Soc. méd. des hôpitaux*, 20 février 1891).

I. — Il s'agit d'une fille de 15 ans, bien portante jusqu'à l'âge de 12 ans. A cette époque, on a remarqué presque en même temps le gonflement du corps thyroïde et l'affaiblissement de la jambe gauche.

Actuellement, il y a de l'exophtalmie et de la tachycardie. Les bruits du cœur sont normaux. Tache cérébrale très nette. Atrophie des muscles des avant-bras et des bras; atrophie des deltoïdes. Les interosseux sont respectés. Pas de paralysie. La main droite donne 18 au dynamomètre, la gauche 17. Le mollet gauche est atrophié; de ce côté, le talon ne peut se poser à terre. Le mollet droit est hypertrophié et rétracté. Réflexes tendineux abolis.

Pas de troubles de la sensibilité. Pas de réaction de dégénérescence aux membres supérieurs. Pas de tremblement.

L. GALLIARD.

II. — Ce cas se rapproche de celui publié par Marie et Guinon à la page 797 de leur mémoire sur la myopathie progressive primitive (*Revue de médecine*, 1885, obs. I). L'auteur insiste particulièrement sur l'état mental voisin de l'idiotisme présenté par son malade. Duchenne avait du reste remarqué que bon nombre de malades atteints de paralysie pseudo-hypertrophique présentaient une intelligence peu développée, et des troubles intellectuels se trouvent également signalés dans bon nombre d'observations publiées par divers auteurs. Pilliet se demande si ces troubles de l'intelligence joints à la bilatéralité presque constante des altérations musculaires, ne doivent pas faire penser à l'existence d'une lésion centrale plutôt qu'à une myopathie primitive, comme on a grande tendance à le faire de nos jours.

C. GIRAudeau.

III. — L'histoire familiale est seule intéressante. La mère des trois enfants atteints de paralysie pseudo-hypertrophique, morte à 41 ans, avait deux sœurs et quatre frères. Ses quatre frères meurent de la même maladie. Ses deux sœurs épousent les deux frères de son mari. Ces deux ménages ont des enfants, filles et garçons; aucun d'eux n'est atteint. Cette femme a encore onze cousines : trois filles et huit garçons. Parmi ces derniers, cinq meurent en bas âge; deux sont atteints et un reste bien portant; parmi les trois filles, une se marie et d'un premier mariage elle a un fils et trois filles bien portants; de son second mariage avec le père des trois enfants objets de ce travail, elle a un enfant âgé de 11 mois bien portant; le père des enfants a donc épousé successivement deux cousines.

De tout ceci, il résulte que les filles de cette famille n'ont jamais été atteintes de paralysie pseudo-hypertrophique qui a frappé exclusivement les enfants mâles au nombre de neuf.

P. DUFLOCC.

IV. — Le malade présentait un crâne ayant l'aspect d'un sphéroïde aplati postérieurement; le diamètre antéro-postérieur était 166 millimètres; le diamètre transverse 168 millimètres, l'indice céphalique 101,2. Or, l'indice céphalique moyen est 80 millimètres; chez les brachycéphales, il atteint 84,6; chez certaines races nègres, on a même trouvé 88,5. Marie a vu d'autres cas analogues, quoique beaucoup moins accusés; il pense qu'il s'agit là d'un phénomène inhérent à la myopathie progressive primitive, d'une lésion osseuse, d'une sorte d'ostéomalacie parallèle à l'altération musculaire; car l'os qui est de beaucoup le plus atteint, c'est l'occipital, c'est-à-dire celui sur lequel s'insèrent les muscles de la gouttière vertébrale, qui sont les premiers et les plus lésés.

H. L.

Traité clinique des maladies du cœur, par DUROZIEZ (Paris, 1891).

Cet ouvrage contient résumées, cataloguées et mises au point les idées souvent ingénieuses et originales que Duroziez a émises, depuis bien des années, dans nombre de revues médicales, et sur lesquelles il a appelé l'attention du public médical. On y trouve, chemin faisant, de fines remarques sur la séméiologie du cœur et les difficultés de l'auscultation.

Après une étude sur l'anatomie et la physiologie du cœur et notamment sur les claquements normaux, il aborde la pathologie et consacre un certain nombre de pages à la discussion des bruits organiques anémiques, ou extra-cardiaques. Il proteste contre l'abus que l'on fait de cette dernière dénomination, alors qu'il s'agit de vrais bruits chloro-

tiques. Il faut signaler notamment les chapitres sur l'adhérence du péricarde, sur le rétrécissement mitral et les lésions combinées du cœur, sur le traitement des maladies du cœur et notamment l'emploi et les abus de la digitale ; enfin, un tableau diagnostique des maladies du cœur.

H. LEROUX.

I. — Tachycardie essentielle paroxystique, par FAISANS (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 décembre 1890).

II. — Ueber Tachycardie, par O. FRAENTZEL (*Deutsche med. Woch.*, n° 9, p. 321, 1891).

III — A case of tachycardia successfully treated by electricity and large doses of belladonna, par Thomas OLIVER (*Brit. med. j.*, p. 217, 31 janvier 1891).

I. — 1^{re} M^{me} X..., 50 ans, a perdu un fils âgé de 26 ans de mort subite. Elle a eu des fièvres intermittentes graves, et au cours d'une pneumonie grave on constata une albuminurie considérable (un examen simultané montra que trois des enfants sur six avaient aussi de l'albuminurie, fait imputable probablement à l'impaludisme).

En 1888, elle est prise de palpitations avec congestion revenant par crises de durées inégales et à espaces inégaux. Faisans put assister à une crise ; il constata la pâleur extrême de la face, la respiration rapide, irrégulière, le pouls rapide, incomptable, plus de 200 pulsations à la minute, les battements du cœur vigoureux, violents, les bruits éclatants, sans souffle ni arythmie. Le valériane d'ammoniaque produit de bons résultats et amena l'éloignement et l'affaiblissement des crises.

2^o Une fille de cette dame, âgée de 25 ans, avait eu des fièvres intermittentes, plusieurs attaques de rhumatisme articulaire, portait les lésions d'une insuffisance mitrale très accentuée avec hypertrophie du cœur et présentait une albuminurie considérable. Elle était en outre profondément anémiée et dyspeptique. Au decours d'une forte atteinte de grippe, elle fut prise d'une crise de tachycardie d'une violence inouïe, avec une angoisse extrême et toux sèche ; les palpitations faisaient bondir la paroi thoracique ; mais le rythme était resté régulier ; le souffle systolique de la pointe s'entendait plus fort et plus rude ; le pouls était presque imperceptible. Deux injections de morphine calmèrent les crises. Elles se reproduisirent pendant trois semaines durant deux à six heures. Dans deux crises, la toux sèche s'accompagna d'hémoptysie abondante, avec congestion intense des bases des deux poumons. L'albuminurie persistait non modifiée. Il fallut prolonger l'usage de la morphine pour empêcher ou enrayer le retour des crises. En juillet 1890, se manifestèrent, avec de nouvelles crises de tachycardie des signes d'asystolie, œdème des jambes, puis du tronc, ascite, oligurie, augmentation du foie, etc. — Seul de tous les médicaments cardiaques, le strophanthus donna de bons résultats. La situation s'améliorait malgré le retour des crises, quand une crise très intense amena une mort soudaine.

H. L.

II. — L'auteur a fait l'autopsie d'un sujet atteint de tachycardie.

Ouvrier de 35 ans, se plaignant d'accès dyspnéiques consécutifs à de violentes palpitations. Les bruits du cœur sont normaux. Le premier jour l'auteur compte 76 pulsations ; le second jour 180 avec 40 respirations. La digitale abaisse le nombre des pulsations à 120.

Les jours suivants, nouveaux accès de tachycardie et de dyspnée, généralement calmés par la digitale. Mais il arrive que les accès s'aggravent, le pouls bat de 142 à 192 fois par minute, il y a de la cyanose ; la mort survient brusquement.

On trouve le cœur hypertrophié et dilaté, surtout le ventricule gauche ; la pointe est arrondie. La paroi hypertrophiée du ventricule droit est d'aspect normal. Dans la paroi du ventricule gauche, il y a une couche interne qui contient beaucoup de tissu conjonctif, spécialement au voisinage de l'endocarde (sclérose sous-endocardique). La sclérose s'étend aux muscles papillaires et aux colonnes charnues. Dans la cloison interventriculaire, sclérosée il y a des amas graisseux dont les plus volumineux atteignent la dimension d'un pois. L'endocarde lui-même est épaissi, fibreux. Pas de renseignements sur les artères.

L. GALLIARD.

III. — Jeune homme de 28 ans, nerveux depuis un accident de voiture. Accès de palpitations paroxystiques durant depuis trois mois, avec un pouls battant de 190 à 230 par minute, un souffle systolique mitral, de la tendance à la cyanose : tous ces symptômes s'exagéraient au moment des digestions, qui étaient lentes et difficiles. On constatait un accroissement de la matité précordiale, indiquant de la dilatation du cœur.

Traitement : Pulvérisations d'éther sur la nuque, teinture de belladone à haute dose à l'intérieur, et électrisation le long du trajet du pneumogastrique, avec des courants interrompus. Au bout de quinze jours, le pouls tombe à 120 et l'excitation cardiaque est tombée. La guérison s'est maintenue depuis sept mois.

H. R.

I. — Case of pus in the pericardium treated by incision and drainage, par Hermann BRONNER (*Brit. med. j.*, p. 350, 14 février 1891).

II. — Remarks on the treatment of purulent pericarditis, par Samuel WEST (*Ibidem*, p. 404, 21 février 1891).

I. — Relation d'une maladie infectieuse, probablement l'influenza, contractée par une fillette de 11 ans. Symptômes fébriles mal définis pendant 8 à 10 jours, puis apparition de phénomènes de bronchopneumonie diffuse, suivie bientôt vers la 4^e semaine de signes d'un épanchement pleural droit, probablement purulent. La ponction exploratrice ramène en effet du pus, et l'empyème est pratiqué le 7 mars. Mais la fièvre et l'état général ne se modifient pas. On découvre alors que la zone de matité précordiale semble augmentée d'étendue, ce qui coïncide avec un accroissement de dyspnée, et l'on diagnostique un épanchement péricardique probablement purulent.

L'enfant est chloroformée, et on lui fait une ponction dans le 4^e espace intercostal gauche, à un pouce en dehors du sternum, qui ramène du pus. Séance tenante, on prolonge une incision, en se guidant sur le trocart comme conducteur, et l'on retire deux pintes de pus. Soulagement immédiat, mais de courte durée. Drainage et pansement au sublimé, puis instillations d'iodoforme dans la plaie. Au bout de quelques jours, l'enfant est prise de délire et d'une toux quinteuse. On cesse d'employer l'iodoforme et on fait des injections intrapéricardiques horiquées (le 31 mars). Malgré ce traitement, signes de myocardite, affaiblissement progressif de l'enfant et mort le 15 avril.

H. R.

II. — A propos de la communication de Bronner, West rappelle qu'il n'y a aucune parité à établir entre le péricarde et la plèvre au point de vue des suites de l'empyème : les deux feuillets de péricarde ayant une tendance à se réunir presque immédiatement, tandis que l'occlusion de la cavité pleurale est toujours longue à obtenir. Il cite un cas où les adhérences péricardiques étaient complètes en moins de 15 jours.

Il s'élève également contre le danger de l'opération sur le péricarde. La ponction est plus aléatoire que l'incision : encore est-il à démontrer qu'une ponction capillaire du cœur soit très préjudiciable. Quant au danger

de l'évacuation rapide du liquide péricardique, il est purement imaginaire; la seule conséquence est un soulagement énorme du malade. De même, les lavage péricardiques ne doivent pas inspirer de craintes, à la condition de pousser doucement l'injection. Enfin, malgré les adhérences générales qui suivent en pareil cas la guérison, la santé peut se maintenir parfaite. Un des opérés de West est maintenant un homme robuste, capable d'efforts musculaires soutenus sans aucun phénomène indiquant une gêne cardiaque.

H. R.

Aortic aneurysm communicating with superior vena cava, par William M. ORD (*Brit. med. j.*, p. 407, 21 février 1891).

Homme de 43 ans. Début, cinq mois avant sa mort, par de la dysphagie, une sensation de pression du côté droit de la poitrine, et l'impossibilité du décubitus latéral gauche : puis apparition d'une cyanose très prononcée à la face et aux oreilles, avec œdème du cou et développement des veines sous-cutanées. Pulsations profondes sous-sternales et matité dans la région aortique : souffle profond, continu, à redoublements systoliques, se prolongeant dans le cou et en arrière vers le dos. Mort rapide, après des symptômes d'œdème pulmonaire.

A l'autopsie, épanchement sanguin pleural communiquant avec une perforation de la paroi postérieure du sac anévrysmal, qui commençait au-dessus des valvules sigmoïdes. Le sac communiquait directement avec la veine cave supérieure, à deux pouces au-dessous du confluent des veines brachio-céphaliques.

H. R.

On paralysis of the third nerve as a complication of Grave's disease, par James FINLAYSON (*Brain*, p. 383, octobre 1890).

Femme de 36 ans, présentant les symptômes classiques du goître exophtalmique, y compris des crises de vomissements et des douleurs gastriques, et une suppression complète des règles, mais pas d'exophtalmie. Signes concomitants de paralysie de la 3^e paire : ptosis de la paupière droite, strabisme externe, mydriase de l'œil droit; tous les muscles, sauf le droit externe et le grand oblique, sont paralysés. Il y a de la diplopie et un peu de diminution de l'acuité visuelle, mais pas de lésions de la papille.

Des faits analogues ont été publiés par Bristowe (*Brain*, 1886), Warner (*Medico-chir. Trans.*, 1883, p. 109) et par G. Ballet (*Revue de médéc.*, 1888).

H. R.

Exophthalmic goitre, par HAMMOND (*N. York med. Journ.*, p. 85, 25 janvier 1890).

L'auteur signale un nouveau symptôme décrit par Louise Bryson et qu'il considère comme ayant une grande valeur au point de vue du pronostic et de la localisation anatomique des lésions : c'est l'impossibilité de pratiquer des inspirations forcées et même de dilater normalement le thorax. Ce symptôme existait chez plusieurs malades et s'est modifié dans tous les cas quand les sujets ont guéri.

La teinture de strophanthus a modifié favorablement la maladie dans trois cas de l'auteur; elle était administrée à la dose de 20 gouttes par jour.

L'auteur préconise d'autre part l'urate d'ammoniaque dont les bons effets ont été découverts accidentellement par Combes de New-York.

Il prescrit une dose qui varie de trois à neuf grains pendant trois semaines.

L. GALLIARD.

Recherches sur la présence de la tuberculine dans les exsudats des tuberculeux, par DEBOVE et RÉMOND (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 avril 1891).

Les auteurs ont recueilli et filtré le liquide d'une ascite liée à une péritonite tuberculeuse; ils ont fait des injections de quantités variables de 5 à 10 centimètres cubes sur le malade; chaque fois il y eut une élévation thermique. Chez un cancéreux et chez un homme sain, il y eut une élévation de température variant seulement de 2 à 5 dixièmes. Enfin, chez un lueux atteint de légères lésions bilatérales des poumons, il y eut à trois injections de 10, puis 20, puis 30 centimètres cubes, élévation thermique de plus d'un degré, avec congestion intense, puis décroissance des tubercules du nez et exsudation abondante de lymphes. H. L.

Un cas de tuberculose aspergillaire, par POTAIN (*Union médicale*, 26 mars 1891).

Il s'agit d'un homme qui contracta, en 1885, une pleurésie à gauche, en 1886 une pleurésie à droite et depuis deux ans est atteint d'un rhume persistant. En sus de symptômes suspects, hémoptysies, amaigrissement, le malade présente les signes stéthoscopiques d'une bronchite généralisée avec induration du sommet gauche. Les crachats épais, opaques, nummulaires, ne contenaient pas de bacilles, mais on y trouvait des *aspergillus*; ce qui s'expliquait par le métier du malade, il était gaveur de pigeons. H. L.

Recherches expérimentales sur la nature des pleurésies séro-fibrineuses, par NETTER (*Soc. méd. des hôpitaux*, 17 avril 1891).

Netter a repris à nouveau la méthode des inoculations employées par Chauffard et Gombault. Il les a pratiquées systématiquement dans tous les cas de pleurésie séro-fibrineuse qu'il a rencontrés en deux ans, soit 41. Il recueillit dans une pipette stérilisée le liquide retiré à l'aide d'une seringue de Pravaz et inocule les cobayes dans le péritoine, après incision de la peau de l'abdomen; les animaux étaient sacrifiés au bout de quatre ou cinq semaines. Le résultat positif n'était enregistré qu'après constatation du bacille d'Ehrlich dans des nodules caséux de l'épiploon ou des viscères abdominaux. Chez 9 malades, l'étiologie était manifeste et permettait d'éloigner l'idée de tuberculose (pneumonie franche, kyste hydatique, etc.), le liquide dans chacun de ces cas n'a donné que des résultats négatifs à l'inoculation. Chez 12 malades, la clinique permettait de soupçonner ou d'affirmer la tuberculose. Dans 5 cas de pneumothorax, 5 résultats positifs. Dans 3 cas de péritonite tuberculeuse, un résultat positif. Dans un cas de synovite tuberculeuse du poignet, un succès à la seconde inoculation seulement. Dans 3 cas de tuberculose pulmonaire laryngée et de spléno-pneumonie, 3 résultats négatifs. Donc 5 résultats négatifs sur 12 cas.

Le troisième groupe renferme les cas où la pleurésie semble franchement primitive, au nombre de 20. Netter a eu 8 résultats positifs, soit 40 0/0. Il conclut de ces résultats que ce chiffre doit être majoré, puisque les inoculations dans des cas de tuberculose positive sont souvent négatives, et il estime à 70 ou à 80 0/0 le nombre des pleurésies dites primi-

tives, qui sont imputables à la tuberculose. Il relève la différence entre les pleurésies purulentes qui inoculées donnent à coup sûr la tuberculose et les pleurésies séro-fibrineuses qui ne réussissent que 60 fois sur 100.

H. L.

Présence du bacille d'Eberth dans un épanchement pleural hémorragique, par CHARRIN et ROGER (*Soc. méd. des hôpitaux*, 17 avril 1891).

Un malade entre à l'hôpital le 24 novembre 1890, présentant l'aspect d'un typhique, avec quelques taches rosées sur le ventre, mais sans splénomégalie. Le 4 décembre, on notait l'existence d'une pleurésie à la base gauche. Après une amélioration sensible, les accidents fébriles et pulmonaires reparurent. Le 23 décembre, une ponction exploratrice amena l'issue d'un liquide sanguinolent. Le 9 janvier, on retira par la thoracentèse deux litres de liquide hémorragique. A l'autopsie (13 janvier), on note l'intégrité des viscères abdominaux et des lésions d'aspect tuberculeux dans les deux poumons; au sommet, la plèvre gauche était épaissie et cloisonnée.

Le liquide recueilli avait été semé sur des tubes d'agar, et donna des colonies d'un seul et même bacille, celui d'Eberth. Des inoculations pratiquées chez les souris le tuèrent par une septicémie aiguë en 24 heures; chez des cobayes reproduisirent (après injection dans les plèvres) des pleurésies à liquide sanguinolent, à évolution suraiguë, remplies de bacilles; les viscères abdominaux et le sang ne contenaient pas de bacilles: des injections dans le péritoine et les muscles amenèrent également des épanchements et des infiltrations hémorragiques; chez les lapins les inoculations dans la plèvre, le péritoine, les muscles ont été négatives; dans les veines ont amené une septicémie aiguë.

H. L.

Bronchite méliniteuse. Recherche de l'acide picrique dans les urines et le sang, par REGNAULT et SARLES (*Marseille médical*, n° 3, p. 176; 1891).

Depuis l'invention de nouveaux explosifs dans lesquels l'acide picrique joue un rôle important, on a parfois constaté des symptômes toxiques nouveaux, et plus particulièrement une bronchite à type spécial. Elle est caractérisée par des accès de dyspnée avec toux sèche quinteuse. Il y a accélération du rythme respiratoire sans réaction fébrile, affaiblissement général et anémie considérable. Les parties exposées se colorent en jaune. L'acide picrique s'élimine par les urines. Le pronostic est bénin, sauf complications. Les améliorations apportées dans la fabrication de la mélinite rendent ces accidents fort rares à présent. LEFLAIVE.

I. — L'influenza de 1889-1890 en Russie, par J. TEISSIER (*Paris*, 1891).

II. — L'influenza en Russie, étiologie et prophylaxie, par LE MÊME (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3^e série, XXV, p. 22, janvier 1891).

La grippe de 1889-1890 observée en Russie a été identique aux grandes épidémies précédentes; elle ne saurait être confondue avec la dengue. Quelle que soit son origine première (Sibérie ou pays de Boukhara), la grippe est *endémique* en Russie: de là son nom de *mal russe*. D'endémique, la grippe peut devenir épidémique et même pandémique. Elle se propage par voie d'infection et par contagion. Cette expansion épidémique a sa source dans des phénomènes cosmiques qui favorisent l'éclosion du germe pathogène ou en facilitent la dissémination. Ces phénomènes cosmiques consistent en certains troubles atmosphériques (cha-

leur anormale et pression atmosphérique faible) et en pollution des grands fleuves (abaissement anormal des eaux de la Néva, de la Moskova et de la Vistule avec riche flore bactérienne). L'immunité de certaines régions ou de certaines maisons (ambassade de France à St-Petersbourg alimentée par l'eau de Tzarskoë-Selo peu favorable au développement des microorganismes), où l'on faisait usage d'une eau potable absolument pure, affirme l'influence pathogénique directe ou indirecte de l'eau d'alimentation. La présence dans l'eau de l'élément pathogène spécifique de la grippe est possible, et sa dissémination dans l'atmosphère serait commandée par les conditions météorologiques favorables aux phénomènes d'évaporation à la surface des fleuves.

Teissier a trouvé dans les eaux de la Moskova un streptobacille qui semble avoir de grandes analogies avec celui que Seifert ou Jolles ont considéré comme pathognomonique. Ce streptobacille, injecté dans les veines du lapin, lui donne une fièvre intense avec dépression et parésies passagères; la fièvre disparaît au bout de 48 heures. Ce microorganisme ne se cultive pas ou se cultive mal dans le sang de l'animal.

Au germe primitif, vient presque constamment s'ajouter, s'associer un élément parasitaire secondaire (streptocoque, staphylocoque ou pneumocoque) qui imprime à la maladie primitive sa forme et ses caractères cliniques et détermine ses diverses localisations comme ses types régionaux. C'est cet élément secondaire qui a été presque exclusivement isolé dans les recherches des différents observateurs. La grippe de 1889 a été relativement bénigne en Russie, où sa mortalité a été presque nulle, de sorte que la mortalité générale pendant l'épidémie a été très inférieure à celle de l'Europe occidentale. Le rapport de Teissier se termine par un index bibliographique de la littérature russe. J. B.

Immunitaet gegen Influenza durch Vaccinirung mit animaler Lymphe, par Julius GOLDSCHMIDT (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 50, p. 1152, 8 décembre 1890).

Durant l'épidémie de grippe qui a atteint Funchal (Madère) l'hiver dernier, Goldschmidt croit avoir remarqué qu'une vaccination récente conférait une sorte d'immunité à l'égard de la grippe. Il a revacciné, à l'occasion d'une épidémie de variole qui sévissait simultanément, 210 personnes, dont 112 avec succès; aucune de celles-ci ne fut prise de grippe, quant aux 98 autres, 15 seulement eurent une grippe insignifiante.

Il a été très frappé du fait suivant. Dans une villa isolée habitée par 25 personnes, les 13 non revaccinées furent toutes atteintes par la grippe dont 2 très gravement, tandis que les 12 revaccinées (dont 9 avec succès) sont demeurées indemnes. J. B.

Oesophagitis exfoliativa, par REICHMANN (*Deutsche med. Woch.*, n° 46, p. 1014; 1890).

Un homme de 33 ans, ayant depuis 10 ans des troubles intermittents de la déglutition, subit, en avalant un morceau de viande, une oblitération complète de l'oesophage; impossible de déglutir une seule cuillerée de liquide. Cinq jour après, sans que l'obstacle ait cédé, rejet par la bouche d'une membrane volumineuse. Le lendemain l'auteur introduit une sonde de Richet et refoule

dans l'estomac le morceau de viande arrêté au niveau du tiers inférieur de l'œsophage.

Quelques jours plus tard une seconde membrane analogue à la première est éliminée avec les matières fécales. Elle est divisée en plusieurs fragments.

Cette membrane, qui a une longueur de 15 centimètres et une épaisseur très faible, est composée uniquement de plusieurs couches d'épithélium aplati que rien ne distingue de l'épithélium de l'œsophage. Ces cellules ont des noyaux volumineux et des nucléoles.

Il s'agit donc là d'une desquamation consécutive à l'œsophagite catarrhale.

L. GALLIARD.

Zur Diagnose der motorischen Insufficienz des Magens, par SILBERSTEIN (*Deutsche med. Woch.*, n° 9, p. 324, 1891).

Brunner n'admet pas que la recherche de l'acide salicylurique dans l'urine des individus qui ont ingéré du salol puisse renseigner sur l'état de la contractilité gastrique. Huber pense qu'on doit tenir compte, à ce point de vue, du moment où l'acide disparaît de l'urine. Silberstein est du même avis : il a constaté chez 12 sujets dont l'estomac était sain la disparition de l'acide salicylurique vingt-quatre heures après l'ingestion du salol. Chez 26 sujets, au contraire, atteints de dilatation de l'estomac attribuable à diverses causes, la réaction persistait au moins pendant trente heures et souvent plus longtemps ; dans un cas, l'auteur l'a obtenue après soixante-douze heures.

Ce n'est pas seulement la dilatation de l'estomac qui prolonge la période d'élimination du salol ; il suffit de l'atonie de l'organe sans dilatation pour la faire durer de trente à trente-six heures. L'auteur a constaté le fait chez 12 sujets dont l'atonie gastrique a été démontrée par le procédé de Leube. Ces chiffres sont inférieurs à ceux que fournit la dilatation.

Les sujets qui n'ont que de la dislocation de l'estomac ou du catarrhe sans désordre des fonctions motrices n'éliminent l'acide salicylurique que pendant le temps normal (24 heures).

L'auteur admet donc, dans les cas où cette période de vingt-quatre heures est dépassée, l'insuffisance motrice de l'estomac.

L'état de l'intestin n'a qu'une faible influence sur les résultats obtenus ; l'auteur a cherché à l'évaluer chez 12 sujets. L'atonie de l'intestin ne peut prolonger la période d'élimination que de quatre ou cinq heures au plus, et souvent elle ne la prolonge pas d'une heure. L. GALLIARD.

Subacute gastritis, par William HUNTER (*Brit. med. j.*, p. 176, 21 janvier 1891).

Observation intéressante de gastrite subaiguë, qui pendant la vie avait simulé complètement l'anémie pernicieuse, sans s'accompagner d'aucun trouble dyspepsique : on avait seulement noté la persistance d'une langue suburrale et d'éruptions vésiculeuses de l'arrière-gorge liées à de la constipation. L'autopsie montra la muqueuse de l'estomac épaissie, sclérosée, les glandes gastriques atrophiées, les vaisseaux gastriques atteints d'endartérite. Le fait est remarquable en ce qu'il montre les relations pathogéniques de la gastrite avec la destruction globulaire des hématies, et l'anémie qui en est la conséquence. Les glandes à pepsine étaient en partie détruites et leurs parois épaissies par une prolifération nucléaire.

L'auteur regarde cette forme d'anémie symptomatique comme consécutive à une intoxication par des plomâmes. H. R.

I. — Œsophageal varices as a cause of hæmatemesis in cirrhosis of the liver, par STACEY WILSON et J. RATCLIFFE (*Brit. med. j.*, p. 1459, décembre 1890).

II. — Remarks on the varieties of hepatic cirrhosis, par Robert SAUNDBY (*Ibidem*, p. 1457, 27 décembre 1890).

III. — Case of acute biliary cirrhosis, par David DRUMMOND (*Ibidem*, p. 224, janvier 1891).

I. — Description anatomique des veines œsophagiennes et des anastomoses qui les relient au système porte. Ces anastomoses sont de trois ordres : a) entre la veine porte et les veines du cardia et de la face antérieure de l'estomac ; b) entre la veine cave et les veines œsophagiennes, par la veine diaphragmatique ; c) entre la veine azygos et les intercostales par les veines œsophagiennes. Il y a donc là un plexus important qui rattache la circulation porte hépatique à la circulation générale.

Suivent 5 observations de cirrhose avec ictère et hématomèse, toutes suivies d'autopsie. L'auteur fait remarquer que l'ascite manquait dans les cas où les veines œsophagiennes étaient le plus prononcées et où la mort était survenue par hématomèse : inversement, quand l'ascite est considérable, on trouve les veines œsophagiennes moins dilatées.

Les auteurs ne font aucune mention des nombreux et intéressants travaux publiés, depuis vingt ans, en France, sur cette question.

II. — Dans cette leçon, Saundby passe en revue les variétés de cirrhose du foie qui sont au nombre de 9 : alcoolique, cardiaque, biliaire, syphilitique, tuberculeuse, palustre, scarlatineuse, rachitique, diabétique. Les points intéressants à relever sont les suivants :

Dans la cirrhose alcoolique, les cas accompagnés d'ascite n'entraînent pas d'hématomèse, et réciproquement.

La cirrhose alcoolique peut guérir malgré une ascite considérable et des ponctions répétées.

La cirrhose tuberculeuse et la cirrhose palustre sont bien connues anatomiquement, mais mal cliniquement, le foie reste gros, garde sa forme, et ses troubles fonctionnels sont mal définis. La cirrhose diabétique, au contraire, s'accompagne presque toujours de pigmentation, et d'apparence bronzée des téguments. H. R.

III. — Homme de 34 ans, pris de frissons après un refroidissement, puis de toux et sueurs profuses. Bientôt, douleurs articulaires et gonflement des jointures, œdème des jambes, finalement douleur à l'hypocondre droit, météorisme et ictère. A son arrivée, on constate une ascite abondante, nécessitant bientôt une ponction (198 onces de liquide), mais immédiatement après, le malade se met à délirer et meurt le quatrième jour. A l'autopsie, cirrhose hypertrophique du foie, prolifération nucléaire occupant simultanément le système porte et les radicules biliaires : quelques cellules géantes, dans les foyers de nouvelle formation. Pas de tubercules dans les viscères. H. R.

De la guérison apparente et de la guérison réelle dans les affections hépatiques, par CHAUFFARD (*Arch. gén. de méd.*, octobre 1890).

L'examen physique du foie donne la preuve de la guérison sympto-

matique de ses altérations; seul l'examen chimique peut fournir la preuve de la guérison biochimique de la cellule hépatique.

L'examen chimique du foie consiste à rechercher l'état des trois grandes fonctions du foie : fonctions uréogénique, chromogénique et glycogénique.

L'examen des trois fonctions pratiqué par Chauffard sur trois malades atteints (1° d'hépatite scléro-gommeuse; 2° d'ictère catarrhal; 3° d'ictère dit émotif) lui a montré que ces trois malades guéris en apparence ne l'étaient pas relativement au fonctionnement de la cellule hépatique.

Il en conclut que tout hépatique guéri en apparence, mais conservant de l'urobilinurie et de la glycosurie alimentaires doit être considéré comme un malade, et, en conséquence, doit être surveillé et soigné.

RICHARDIÈRE.

On the clinical significance... (Valeur séméiologique des selles argileuses non accompagnées de jaunisse), par T. J. WALKER (*Medico-chir. Transact.*, LXXVII, p. 257).

Walker soutient que la bile qui apparaît dans les garde-robes est seulement celle qui a été impressionnée par la sécrétion pancréatique : lorsque celle-ci fait défaut, les garde-robes sont argileuses.

A l'appui de cette assertion, il communique deux faits cliniques.

Le premier est celui d'un médecin qui, pendant 24 ans, présente constamment des selles décolorées, sans avoir jamais d'ictère, ni aucun symptôme appréciable de dérangement hépatique. De ce chef, on diagnostique une lésion du pancréas, sans altération concomitante du foie. Il meurt, et l'on trouve à l'autopsie une occlusion complète du canal pancréatique par un calcul. Voies biliaires absolument saines.

Le second est celui d'un mécanicien, âgé de 56 ans, qui, pendant plusieurs années, a des garde-robes argileuses et rend l'huile non digérée : l'autopsie révèle une ulcération cicatrisée de l'ampoule de Vater, avec oblitération complète du canal pancréatique; le foie et les voies biliaires sont sains.

La conclusion physiologique est que la coloration normale des garde-robes dépend de la réaction mutuelle de la bile et du suc pancréatique; et que l'absence de ce dernier liquide joue le même rôle que le défaut d'excrétion de la bile sur la décoloration des matières intestinales.

H. R.

Melanotic sarcoma of the liver (Sarcome mélanique du foie), par Sheridan DELÉPINE (*Brit. med. j.*, p. 175; 24 janvier 1891).

Delépine, à propos d'un cas de sarcome mélanique du foie, relève des particularités anatomiques intéressantes. Les lésions débutent par les vaisseaux, qui sont le siège d'une endophlébite proliférative. Elles sont strictement limitées au foie, et semblent en rapport avec les fonctions de l'organe et la nature des produits charriés par la veine porte. Le contenu des vaisseaux se transforme graduellement en tissu embryonnaire semblable à celui qui constitue la trame originaire du sang et des capillaires. La prolifération endothéliale devient telle, qu'elle absorbe quatre fois le volume du parenchyme hépatique.

L'auteur pense que la mélanine est sécrétée par les cellules épidermiques pigmentées de la peau, et transportée par les lymphatiques dans

le foie qui l'élabore et contribue à fabriquer l'hémoglobine des globules du sang, au moyen du fer contenu dans ce pigment. Quand la mélanine s'accumule dans le foie, cela prouve que cet organe cesse de pouvoir remplir ses fonctions, car la mélanine paraît être un dérivé de l'hémoglobine. Les changements qui se produisent dans l'urine en cas de mélanurie n'ont lieu qu'après l'oxydation de l'urine : dans le foie il pourrait en être de même.

H. R.

I. — Sur certains kystes de la face supérieure du lobe gauche du foie (Kystes intra-thoraciques simulant des collections pleurales du côté gauche), par GALLIARD (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 mars 1891).

II. — Recherches expérimentales et analytiques sur les processus infectieux et dialytiques dans les kystes hydatiques du foie, par CHAUFFARD et WIDAL (*Ibid.*, 17 avril 1891).

I. — Galliard rapporte 2 cas de kystes hydatiques développés dans le lobe gauche du foie, et ayant envahi la partie gauche de la cage thoracique ; dans le premier cas, le kyste avait amené une voussure notable de la base du thorax et refoulé très modérément le cœur ; il s'accompagnait d'une matité complète, de la disparition des vibrations thoraciques avec souffle et égophonie au sommet de la matité ; une ponction exploratrice au neuvième espace amena l'issue de 500 grammes de liquide hydatique. Deux ponctions suivies d'injections de liqueur de Van Swieten amenèrent la guérison du kyste. Dans le second cas, tous les signes étaient ceux d'une pleurésie gauche, sans déplacement du cœur ; on fit une ponction, sans amener l'issue de liquide ; le surlendemain, le malade fut pris de vomissements répétés de liquide jaunâtre, bilieux ; ces vomiques durèrent plus d'un mois ; une ponction faite au bas de la matité amena l'issue de pus ; on pratiqua alors une incision qui facilita la sortie d'une grande quantité de pus jaunâtre mélangé de bile et de débris d'hydatides. On ne put laver la cavité, parce que le liquide injecté ressortait par les bronches. Les vomiques cessèrent après l'empyème, pour reparaitre, par deux reprises, mais peu abondantes. Le malade finit par guérir.

II. — Après avoir constaté que le liquide limpide des kystes hydatiques ne contient pas de micro-organisme, et qu'il constitue un milieu de culture favorable pour différents microbes pyogènes, les auteurs ont observé que la membrane hydatique, même des petites vésicules est imperméable aux microbes, qu'elle arrête comme un filtre parfait, qu'elle se laisse traverser par les substances cristalloïdes (fuchsine, iodure de potassium, sublimé, etc.), par les produits solubles d'origine microbienne (pyocyanine), par les substances colloïdes (albumine d'une urine filtrée). Ils admettent que la suppuration ne peut envahir la poche kystique, que par des fissures ou à la suite de peri-kystites suppuratives, et que la faible virulence dans certains cas, du pus hydatique, s'explique par l'absence prouvée des germes pyogènes. H. L.

Des résultats objectifs de l'exploration du foie chez les diabétiques, par F. GLÉNARD (*Lyon médical*, mai 1890, et *broch.* 72 pages, Paris, 1890).

Dans ce travail, l'auteur expose le résultat de ses recherches sur l'exploration du foie chez 324 diabétiques, à l'aide du procédé de palpation qu'il a décrit sous le nom de « procédé du pouce ». Ce procédé consiste à déceler la situation et la forme du bord antérieur du foie en explorant

ce bord d'arrière en avant et de bas en haut pendant les mouvements d'inspiration, à l'aide du pouce gauche, alors que les quatre derniers doigts de la main gauche relèvent la fosse lombaire droite, et que la main droite déprime la fosse iliaque droite de manière à rapprocher au maximum le bord du foie de la paroi abdominale antérieure. Ce procédé est si précis qu'il a permis à Glénard de reproduire sous forme de diagrammes les foies tels qu'il les a rencontrés, avec toutes les sinuosités que présentait leur bord antérieur.

Suivant leur mode d'accessibilité à la palpation, Glénard distingue huit formes objectives du foie, dont il donne le tableau des caractères différentiels : foie hypertrophié, foie abaissé, foie déformé, foie tuméfié, foie sensible sans autre anomalie, foie « à ressaut », foie normal, foie atrophié.

Poussant plus loin l'analyse, il étudie les variations de la densité et de la sensibilité du tissu hépatique, non seulement dans leur relation avec telle ou telle des formes précédentes, mais encore dans leur rapport avec les divers lobes du foie, lobe droit, lobe carré, lobe épigastrique, et distingue les anomalies objectives suivant qu'elles sont totales, bilobaires ou monolobaires ; il ouvre ainsi la voie à une localisation morbide dans le foie, pouvant varier suivant les diverses phases des maladies. Comme exemple des résultats auxquels peut conduire cette remarquable tentative, il donne un « essai de synopsis des caractères différentiels de l'hypertrophie du foie dans le diabète, l'alcoolisme et la lithiase biliaire », basé sur la forme, la densité, la sensibilité, la mutabilité, la prédilection pour tel ou tel lobe, de l'hyperthrophie du foie dans ces trois maladies.

Relativement au diabète, Glénard conclut que le foie est altéré chez 60 0/0 des malades, que cette altération est une hypertrophie dans 34.5 0/0 des cas, et que de toutes les variétés de localisation, c'est celle limitée au lobe droit qu'on rencontre le plus souvent ; la densité du foie est augmentée chez le tiers et la sensibilité accrue chez le quart des diabétiques ; le foie diabétique est le siège d'un processus évolutif constant, avec stades d'arrêt ou de repos, tendance vers l'amélioration si le traitement est judicieux et appliqué à temps, mais sans que jamais il y ait restitution du foie *ad integrum*. Il n'existe pas de variété objective du foie qui soit caractéristique du diabète et le distingue à la fois de l'alcoolisme et de la lithiase biliaire. C'est surtout par le mode d'évolution et par la prédilection pour telle ou telle variété de localisation que se distinguent ces trois maladies, très nettement parentes par certains caractères de leur détermination sur le foie. C'est encore dans une forme d'altération objective du foie que Glénard trouve le trait de parenté de ces maladies avec les autres manifestations du groupe dit de l'arthritisme, terme qu'il propose, en conséquence, de remplacer par celui d'hépatisme ; cette notion d'hépatisme impliquant une altération du foie de nature variable (hyperplasique dans le diabète) comme intermédiaire entre les divers éléments étiologiques d'un côté, et de l'autre les diverses manifestations de l'arthritisme.

Ce rôle du foie dans le diabète est mis particulièrement en relief par Glénard dans un type qu'il a dégagé sous le nom de diabète alcoolique, et qu'il a rencontré dans 65 cas sur 234 hommes diabétiques. Dans le dia-

bête alcoolique, qui, pour lui, a toute la valeur d'un diabète expérimental, il s'agit d'un diabète vrai et non d'une glycosurie symptomatique ; l'alcoolisme est la seule étiologie à invoquer ; l'altération du foie précède le diabète. Le foie est le siège de ce que Glénard appelle précirrhose ou cirrhose parcellaire ou cirrhose à évolution lente ; de l'étude du diabète éthylique Glénard infère que les autres causes diabétogènes pourraient n'engendrer le diabète que par l'intermédiaire de lésions du foie analogues à celles que détermine l'alcool.

A. C.

I. — Ueber den Ursprung und die Behandlung des Diabetes mellitus, par E. de RENZI et Enrico REALE (*Berlin. klin. Woch.*, n° 35, p. 808, 1^{er} septembre 1890).

II. — Ueber Magenthätigkeit bei Diabetes mellitus (L'activité gastrique des diabétiques), par HONIGMANN (*Deutsche med. Woch.*, n° 43, p. 947, 1890).

III. — Notiz über die Magenfunctionen bei Diabetes mellitus, par Edgar GANS (*Berlin. klin. Woch.*, n° 14, p. 331, 7 avril 1890).

IV. — Ueber Diabetes insipidus und Adipositas universalis, par A. VOSS (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 1, p. 9, 5 janvier 1891).

V. — De la chute spontanée des ongles chez les diabétiques, par AUCHÉ (*Journ. de med.*, Bordeaux, 11 janvier 1891).

I. — 1° Expérimentalement, le diabète peut être provoqué par l'ablation des divers organes, classés ci-après d'après leur importance décroissante : pancréas ; duodénum ; glandes salivaires.

L'ablation totale du pancréas n'est pas constamment suivie de glycosurie, mais seulement dans 75 0/0 des cas.

Il est extrêmement vraisemblable qu'il se trouve dans l'économie un ferment destructeur du sucre, inégalement abondant suivant les organes.

2° Le traitement du diabète doit être entièrement diététique. Le régime alimentaire le plus convenable et le plus efficace est celui composé de légumes verts frais ; en seconde ligne vient la viande. A la longue, l'alimentation qui est la mieux tolérée est fournie par le régime mixte : viande et légumes verts frais.

J. B.

II. — L'auteur a examiné 8 diabétiques à la clinique de Riégel. Chez 4 d'entre eux, l'acidité du contenu de l'estomac était normale ou plutôt un peu augmentée. Chez 3 autres, les recherches faites à l'aide des réactifs colorants n'ont jamais donné que des résultats négatifs : or, ici il était nécessaire de pratiquer l'expression gastrique 30 minutes après le déjeuner d'épreuve, sous peine de n'avoir qu'une quantité de matériaux insuffisante. Enfin, le 8^e malade a fourni la première fois des réactions normales, puis l'HCl a manqué constamment.

On a pensé que l'hyperacidité était la cause de la polyphagie. Elle n'en est pas la cause, mais le résultat.

Pour expliquer l'anacidité, l'auteur n'invoque ni l'atrophie de la muqueuse gastrique, ni le catarrhe, ni les fermentations anormales. La cause en est, d'après lui, l'exagération de la motilité (laquelle produit parfois l'hypertrophie des tuniques musculaires) de l'estomac : le contenu de l'estomac est chassé dans l'intestin longtemps avant le moment où la sécrétion du suc gastrique atteint des proportions suffisantes. L. GALLIARD.

III. — Les recherches faites par Gans sur 10 diabétiques concordent avec celles de Rosenstein.

Il a constaté tantôt une sécrétion exagérée d'acide chlorhydrique du suc gastrique, tantôt une sécrétion normale, tantôt enfin une sécrétion insuffisante ou même une absence totale d'acide chlorhydrique.

Il a également vu cette réaction présenter de grandes variations chez les mêmes malades, mais au lieu de voir là, comme Rosenstein, l'effet d'une névrose sécrétoire, il l'explique par une inflammation à marche traînante résultant de la polyphagie et de la polydipsie. J. B.

IV. — Exemple unique de coexistence de polyurie et d'obésité.

Fille âgée de 17 ans, sans hérédité ni antécédents morbides; pas de traumatisme. Début de la maladie, il y a 6 ans, par la soif et la polyurie; il y a 2 ans, l'appétit qui avait diminué, a reparu et dès lors la malade a commencé à engraisser.

L'embonpoint est surtout marqué au tronc, plus spécialement au ventre : circonférence thoracique de 87 centimètres au-dessus des seins, qui sont peu développés; circonférence abdominale de 98 centimètres au niveau du nombril et de 100 au-dessous. Le poids du corps, qui était de 113 livres à l'entrée, a monté à 128 après 2 mois de séjour à l'hôpital. Peau sèche et raboteuse. Constipation. Réflexe rotulien peu intense. Pas d'augmentation des globules blancs. La malade boit 5 à 6 litres par 24 heures et urine toujours un peu plus qu'elle n'a ingéré de liquide, soit de 5,000 à 7,000 grammes. Les urines ont une densité de 1,001 à 1,005, sont faiblement acides et contiennent en moyenne : 14 grammes d'urée, pas d'acide urique, 5^{sr} 8 de chlorures, 0^{sr} 83 d'acide phosphorique, 1^{sr} 7 d'acide sulfurique et 0^{sr} 67 d'inosite; ni sucre, ni albumine, ni acides biliaires.

Cette fille n'est pas encore réglée et son pénil est glabre.

La suppression des boissons ne diminue que très peu la quantité des urines sans augmenter leur densité. Il fallut d'ailleurs y renoncer rapidement parce qu'elle déterminait une grande faiblesse et du sopor.

L'antipyrine (*R. S. M.*, XXXVI, 93), portée jusqu'à la dose de 6 grammes par jour, ne fut pas plus efficace. J. B.

V. — Le diabète sucré, comme le tabes dorsal, l'hystérie, peut amener et amène assez souvent la chute spontanée des ongles des mains et plus fréquemment des pieds.

Cette chute de l'ongle peut se faire de deux façons différentes. Dans certains cas, aucun phénomène antérieur, aucun trouble préalable ne paraît en préparer le détachement. Dans d'autres cas, la perte de l'ongle est précédée d'une hémorragie sous-unguéale qui le décolle.

Ces épanchements sanguins sous-unguéaux reconnaissent vraisemblablement pour causes non seulement les altérations du sang, mais encore moins dans certain cas, les lésions des nerfs qui se rendent aux doigts ou aux orteils intéressés.

OZENNE.

I. — Ueber die Entstehungsbedingungen der Albuminurie (Pathogénie de l'albuminurie), par LANG (*Wien. med. Wochens.*, n° 24 et 25, 1891).

II. — On cyclical Albuminurie, par W. HERRINGHAM (*Brit. med. j.*, p. 218, 21 janvier 1891).

III. — Albuminurie cyclique, par LANDI (*Rivista generale italiana di clinica medica*, n° 18 et 19, p. 434 et 462, 1890).

I. — Dans les conditions normales, les parois des vaisseaux et canalicules du rein ne se laissent pas traverser par l'albumine, parce que son

volume moléculaire est bien plus considérable que celui des autres éléments de l'urine.

C'est au niveau des glomérules de Malpighi que le courant sanguin trouve le plus d'obstacles et que la pression tend le plus à s'élever. Lorsque la rapidité du cours du sang se trouve diminuée au-dessus des glomérules, les parois des vaisseaux glomérulaires supportent un effort plus considérable; leur résistance finit par être vaincue et ils laissent transsuder l'albumine.

L'albuminurie ne se produit pas lorsque la pression artérielle s'accroît, mais que rien n'entrave le retour du sang.

La congestion veineuse cause l'albuminurie dès qu'elle s'étend jusqu'aux glomérules; si elle va jusqu'à la stase, il se produit même de l'hématurie. La ligature des uretères peut aussi causer l'albuminurie.

LEFLAIVE.

II. — Garçon de 13 ans, faible, anémique à la suite de rhumatismes. On constate chez lui une albuminurie intermittente. Pendant 3 mois de séjour à l'hôpital, 33 fois l'urine fut trouvée albumineuse, 55 fois non albumineuse. Les agents qui parurent modifier cette albuminurie furent les suivants :

a) La position. Couché, l'enfant ne rendait presque jamais d'albumine, debout, presque toujours.

b) Le moment de la journée. La dose maximum d'albumine était toujours excrétée dans le milieu de la journée avant le dîner.

c) L'albumine a toujours été éliminée parallèlement avec l'acide urique, atteignant son maximum les jours où l'urine renfermait beaucoup d'acide urique.

d) Par contre, la nature et la quantité de l'élimination n'ont paru que faiblement influencer l'excrétion de l'albumine.

L'auteur conclut que, pour lui, la pesanteur est la cause qui agit le plus sur la production de l'albuminurie intermittente en congestionnant le système vasculaire des reins. A rapprocher des faits similaires de Rooke (*Brit. m. j.* 1888) Dukes, Pavy (*Lancet*, 1878 et 1885) et Von Noorden (*Deutsch Arch. f. kl. Med.* 1876).

H. R.

III. — Une jeune fille de 17 ans, sans antécédents héréditaires, mais quelque peu hystérique, fit une chute dans un fossé rempli d'eau. Deux jours après apparut un œdème localisé au front et aux joues accompagné de fièvre, et que le médecin dit être un érysipèle; cet œdème diminua d'intensité, mais ne disparut jamais complètement, subissant même une recrudescence au moment des périodes menstruelles; c'est pour se faire traiter de cette tuméfaction persistante de la face que la malade entra à la clinique de Pise, le 25 mai 1889; le 29 de ce mois, au moment des règles, survint la poussée œdémateuse habituelle, et c'est alors que l'on constata la présence d'albuminurie cyclique. L'examen fut pratiqué à différentes heures du jour; on analysa les urines de la nuit, les urines émises avant et après chacun des deux principaux repas, et les urines du soir; l'examen fut répété pendant 134 jours; au début on ne rencontra jamais de cylindres; plus tard on trouva des cylindres hyalins et granuleux et des cellules épithéliales atteintes de dégénérescence graisseuse.

L'histoire de cette malade présente deux particularités intéressantes à mentionner : d'abord cet œdème persistant dont le professeur Grocco fit un *œdème angionévrotique*, et d'autre part le passage insensible de l'albuminurie cyclique à la néphrite confirmée; au début de la seconde année la présence des cylindres dans l'urine et la constatation d'autres signes ne laissaient aucun doute sur l'existence du mal de Bright chez

la malade. A cette occasion Landi rapporte un cas de néphrite où l'albuminurie finit par devenir cyclique; il se croit autorisé à conclure du passage de l'albuminurie cyclique à la néphrite et de la transformation de néphrite en albuminurie cyclique que ces deux processus morbides ne constituent que des degrés d'une seule et même maladie. G. LYON.

A case in which sloughs of renal tissue... (Eschares de tissu rénal éliminées par la miction), par John M. RATTRAY et J. Greig SMITH (*Brit. med. j.*, p. 220, 31 janvier 1891).

Un homme de 45 ans, vigoureux, prend froid et tombe malade le 29 avril 1890, avec des symptômes de congestion du foie passagère : il semble guéri le 8 mai, mais retombe le 11, et, cette fois, présente les signes d'une maladie de Bright aiguë : fièvre, urines rares, denses, hémaphéiques, renfermant des cylindres hyalins et des globules de sang : état général mauvais et apparence typhoïde. Le 16 mai, on constate dans la région du rein gauche un point très douloureux à la pression, qui fait craindre une périnéphrite, probablement consécutive à un calcul rénal. Peu après, amélioration dans l'état général et disparition de l'albumine, mais persistance d'une odeur putride de l'urine, non modifiée par des lavages de la vessie.

Le 18 juillet, nouvelle crise, pire que les précédentes, vomissements, douleurs atroces, urines albumineuses. A la suite de cette attaque, le malade urine avec beaucoup de souffrances, une masse grisâtre, qui n'est autre chose qu'un fragment du parenchyme rénal nécrosé; l'examen histologique montra qu'il s'agissait du sommet d'une pyramide. Le fait a déjà été signalé par Ebstein à propos de la néphrite gouteuse. H. R.

Peptonurie bei einem Fall von lienaler Leukæmie, par Albin KOETTINITZ (*Berlin. klin. Woch.*, n° 35, p. 794, 1^{re} septembre 1890).

L'existence de la peptonurie, théoriquement admise dans la leucémie, n'y a pas encore été signalée.

Femme de 38 ans, rate énormément hypertrophiée; ganglions normaux. Dans le sang, on compte à peu près 2 globules blancs pour 3 rouges. En outre, après précipitation par l'acide acétique additionné d'une solution salée, l'urine renfermait constamment un albuminoïde précipitable par l'acide phosphotungstique, mais ne donnant pas la réaction ordinaire du biuret. Koettnitz obtint en revanche la teinte violette caractéristique en procédant de la façon suivante : dès que l'urine additionnée de soude caustique avait pris une coloration vert sale, il décantait tout le liquide surnageant le précipité blanc grisâtre et traitait de nouveau celui-ci par l'eau distillée, la lessive de soude et la solution de sulfate de cuivre. Dès lors, il put obtenir constamment la réaction du biuret jusqu'à la mort de la malade.

Après avoir offert de l'entérite dysentérique, de l'œdème des membres inférieurs et des hémorragies cutanées, la femme succomba dans le marasme, au milieu de vomissements incoercibles, le 15 septembre 1889.

L'arsenic et le fer s'étaient montrés inefficaces, mais l'usage d'eau ozonisée, tant en inhalations qu'en boissons, permit, presque jusqu'à la fin, à cette femme, de s'occuper de son ménage.

Autopsie : Hyperplasie considérable de la rate qui s'étend à droite jusqu'au cœcum, et est de consistance très dure; le foie, également volumineux, est soudé à la rate par des brides péritonéales. Foie et rate contiennent, outre de l'albumine du sérum, des propeptones et peptones en abondance. J. B.

The pathology of paroxysmal hæmoglobinuria; an experimental research, par COPEMAN (*Practitioner*, septembre 1890).

L'auteur rapporte 7 cas, parmi lesquels trois hommes, dont deux certainement et le troisième probablement syphilitiques — une femme syphilitique et trois enfants: deux filles âgées de 3 ans 10 mois et 3 ans 6 mois, un garçon âgé de 5 ans.

Il détermine chez ces malades des accès par l'exposition au froid: sortie dehors, refroidissement des mains avec ou sans ligature élastique du doigt.

Dans tous les cas, il y a pendant l'accès une diminution considérable du nombre des globules rouges, déterminée par la numération classique:

Numération avant l'accès.	Pendant l'accès.
—	—
3,665,000	2,970,000
3,602,500	2,930,000
3,270,000	2,970,000
3,433,000	2,984,000

Quelques heures après l'accès, les globules remontent au chiffre normal à peu de chose près.

Chaque accès est marqué par une ascension thermique qui varie de 2° F. à 16° 1/2. F.

Ce dernier fait, après un bain froid de dix minutes dans une eau à 57 F. la température monte de 94 F. à plus de 100 F. 1/2.

L'examen du sang montre la coloration du sérum et la présence de granulations pigmentaires d'hématurie. Le passage dans l'urine s'est produit d'une demi-heure à 3 h. après l'exposition au froid. P. DUFLOQ.

The influence of climate in the United States over Bright's disease, par PURDY (*N. York med. journ.*, p. 374, 4 octobre 1890).

Comparant les tables de mortalité des divers Etats de la confédération américaine, l'auteur trouve que la maladie de Bright fait peu de victimes dans le Tennessee, la Caroline du Nord, le Nebraska, la Géorgie, où l'on compte sur 1,000 décès moins de 2 décès imputables à cette maladie. Au contraire, les chiffres s'élèvent dans le Vermont à 10.33 pour 1,000 décès, dans le Connecticut à 14.48, dans l'Etat de New-York à 20.13. Le chiffre le plus élevé est celui de New-Jersey: 28.55 décès dus au mal de Bright sur 1,000 décès.

L'influence du froid, de l'humidité, des variations de la température est connue. D'après l'auteur, l'humidité n'est pas dangereuse si elle s'accompagne de chaleur et de température peu variable.

Les brightiques doivent redouter aux Etats-Unis les régions comprises entre la côte de l'Atlantique et les montagnes du Nord-Est. Ils doivent rechercher les régions méridionales et centrales. L. GALLIARD.

Ueber periodische Polyurie, par OPPENHEIMER (*Deutsche med. Woch.*, n° 46, p. 1037, 1890).

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 40 ans, atteinte depuis dix ans de coliques intermittentes; les douleurs ont leur maximum à l'hypochondre

droit et s'irradie soit vers l'utérus soit vers la colonne vertébrale; en même temps la malade n'émet que quelques gouttes d'urine foncée. L'auteur trouve au mésogastre droit une tumeur grosse comme une tête d'enfant, peu mobile. Après 20 heures de souffrances, la malade se sent soulagée par l'émission d'une urine claire et abondante; en quelques heures elle fournit plus de trois litres. La densité de l'urine est de 1009; pas de sucre ni d'albumine.

Quatre semaines après cette attaque, l'auteur en observe une seconde; dans l'intervalle, il a constaté l'existence d'un rein droit flottant qui est le siège des accumulations périodiques d'urine.

Le second cas se rapporte à une femme de 60 ans qui, à la suite d'émotions, tous les 2 ou 3 mois (parfois plus souvent), éprouve, la nuit, du ténesme vésical puis urine 4 ou 5 litres; à la fin de l'accès, elle a des crampes au niveau des extrémités inférieures et du collapsus. Pendant les jours qui suivent, elle urine fort peu. Dans ce cas, pas de tumeur à signaler. La malade n'est pas hystérique. La cause échappe.

L. GALLIARD.

Du paludisme et de son hématozoaire, par LAVERAN (*Paris*, 1891).

Cet ouvrage est une étude très complète de la question du parasitisme palustre. Après avoir rapidement résumé les recherches antérieures à 1880, Laveran reproduit la description qu'il a déjà donnée en grands détails de l'hématozoaire, puis expose et discute les recherches postérieures aux siennes et conclut que l'existence des parasites qu'il a découverts est universellement admise, et qu'il y a une concordance remarquable entre les descriptions données dans toutes les parties du monde.

Laveran montre les différences qui existent entre le parasite de l'impaludisme et les déformations flagellaires artificielles ou naturelles décrites par Talamon et Hayem, et insiste sur les recherches faites sur le sang de divers animaux, poissons, tortues, oiseaux, où l'on a trouvé des hématozoaires très voisins de forme et de polymorphisme. Il rappelle les expériences pratiquées en Italie, où l'on a pu donner par injections intra-veineuses la fièvre intermittente, et où l'examen du sang chez les malades inoculés a montré l'existence des hématozoaires — la quinine coupait la fièvre et faisait disparaître les parasites. Il proteste contre la théorie de la pluralité des hématozoaires, selon les types de la fièvre tierce, ou quarte, ou irrégulière. Il n'y a pas, selon lui, de rapport direct et constant entre la forme des hématozoaires dans le sang et les manifestations cliniques du paludisme.

On ignore les conditions de vie du parasite dans les milieux extérieurs, s'il pénètre dans le corps par l'air, ou par l'eau, ou par les deux. Laveran admet une période d'incubation variant de 6 à 10 jours, d'après les données cliniques que confirment les expériences d'inoculation.

Les accidents du paludisme peuvent être attribués : 1° aux altérations du sang produites par les hématozoaires; 2° aux troubles circulatoires et à l'irritation que ces parasites déterminent dans les tissus, et notamment dans le tissu nerveux.

Les hématozoaires vivent aux dépens des hématies, d'où l'anémie si rapide des palustres. Le pigment si abondant dans les capillaires chez les sujets morts d'accès pernicleux, montre l'intensité de leur action destructive. Ce qui est difficile à expliquer, ce n'est pas tant l'intermittence des accidents fébriles que la régularité des intermittences. Lave-

ran tend à admettre que les hématozoaires développés dans la rate et la moelle des os se répandent, à certains moments, dans la circulation générale et donnent alors lieu aux paroxysmes fébriles, ou bien qu'il se produit des générations successives de parasites. Laveran admet que la théorie de la phagocytose des leucocytes s'applique au paludisme et explique la guérison spontanée des accès.

H. L.

De la malaria. Contribution à l'étude des maladies infectieuses d'origine cosmique, par Edouard PEPPER (288 pages, Paris, 1891).

Ce livre, consacré à l'étude d'ensemble de la malaria, a pour point de départ l'histoire de l'endémo-épidémie malarienne de 1889-1890, dans la commune de Ménerville (Algérie).

Ceux qui voudraient y chercher l'exposé des idées parasitaires modernes seraient trompés dans leur attente. Autre est le but de l'auteur, il a suivi les faits sur place, a noté les particularités météorologiques, climatériques, telluriques, concomitantes et s'est efforcé de dégager de ces données un certain nombre de considérations nouvelles. Son livre sera précieux pour les médecins exerçant dans les pays à endémie malarienne; il sera consulté avec profit par tous ceux qui s'intéressent à la question de la malaria.

L'étude de l'acclimatement en Algérie, les conditions locales de l'hygiène et en particulier de l'alimentation, de l'habitation, sont longuement présentées dans un chapitre fort intéressant. La partie consacrée au traitement de la malaria, de ses diverses formes, de ses complications multiples est pleine de documents suggestifs.

Pour l'auteur, la malaria est une maladie infectieuse et faiblement contagieuse, d'origine cosmique, dépendant d'une action tellurique et d'influences météorologiques agissant peut-être d'abord surtout sur l'état électrique du corps par l'impression plus ou moins rapide et souvent brusque, produite sur la cellule nerveuse, puis infectant l'organisme entier par l'intermédiaire du sang atteint dans l'acte de la respiration plutôt que dans celui de la digestion.

L'action tellurique locale est la cause originelle de la malaria. Les causes occasionnelles sont la réceptivité individuelle, la moyenne annuelle de l'état ozonométrique, de l'état hygrométrique et de la stabilité et de la température de l'air. La contagion n'exclut pas l'origine cosmique de la maladie. La malaria est l'aérotellurisme protéiforme. L'aérotellurisme comprend toutes les maladies d'origine cosmique et pseudo-pandémiquement infectieuses dans certaines circonstances et conditions.

P. TISSIER.

Ueber die Malariafieber Roma, namentlich im Sommer und Herbst (La fièvre paludéenne d'été et d'automne à Rome), par A. CELLI et E. MARCHIAFAVA (Berlin. klin. Wochens., n° 44, p. 1010, 3 novembre 1890).

En été et en automne, la fièvre intermittente, à Rome, présente de tout autres caractères qu'au printemps. Tandis que les fièvres printanières sont cycliques (quotidienne, tierce, etc.), ne sont jamais pernicieuses, guérissent le plus souvent d'elles-mêmes et toujours par la quinine, les fièvres estivales et automnales n'ont aucun type déterminé, simulent une

fièvre continue, sont souvent pernicieuses, ne guérissent presque jamais spontanément, cèdent plus difficilement à la quinine, offrent des récurrences fréquentes et des anémies consécutives graves.

Dans les fièvres d'été et d'automne, le sang contient presque exclusivement des petites formes de plasmodies amiboïdes.

A l'apogée de l'accès fébrile, durant le stade de sueurs et au début de l'apyrexie, les hématies contiennent un ou plusieurs parasites animés de vifs mouvements. Quelques heures avant l'accès, les plasmodies éprouvent des modifications qui permettent de prédire l'accès, par l'observation du sang. On note alors : 1° des formes annulaires, immobiles, très petites, contenant à leur centre un bloc d'hémoglobine ou une granulation de pigment ; 2° des organismes amiboïdes, également petits, mais plus ou moins mobiles, à contours dentelés et de couleur blanc grisâtre, qui renferment de minuscules granulations pigmentaires malaisées à voir ; 3° des parasites plus volumineux, arrondis, immobiles, presque blancs, ayant à leur centre ou à leur périphérie une tache de pigment. L'hémoglobine se dispose en couche concentrique autour de la plasmodie, tandis que la couche marginale de l'hématie s'est décolorée. Tout ce cycle évolutif s'observe à la fin de l'apyrexie et au début de l'accès fébrile ; les parasites se trouvent dans les globules rouges qui se sont ratatinés et ont la couleur du laiton.

Dans les accès pernicioeux, on voit rarement des parasites en voie de sporulation, tandis qu'ils sont communs au début de l'accès dans les fièvres quarte et tierce.

Les plasmodies non pigmentées en voie de sporulation sont rares dans le sang recueilli en piquant un doigt, abondantes, au contraire, dans le sang des capillaires cérébraux quand il s'agit d'accès pernicioeux.

A l'inverse des parasites des fièvres tierce et quarte, les plasmodies des fièvres automnales et hivernales peuvent rester longtemps sans pigment et animées de mouvements vifs ; quand leurs mouvements cessent, elles prennent la forme annulaire qui est le stade préliminaire de la sporulation. Mais la formation de spores n'a lieu qu'à l'intérieur des globules rouges, et dès qu'elle est effectuée, ces globules meurent rapidement.

L'étude du stade de sporulation est insuffisante lorsqu'on observe seulement le sang de la peau ; il faut examiner le sang des viscères ; en effet, le sang du doigt peut ne contenir aucun parasite sporophore, alors qu'on en constate dans celui de la rate. A l'autopsie même, les parasites sporophores peuvent manquer dans le sang des veines du bras, tandis qu'ils sont très abondants dans le sang du cerveau. Il en résulte que, si dans les fièvres tierce et quarte on peut étudier tout le cycle d'évolution des parasites dans le sang d'un doigt, il n'en est pas de même pour les fièvres automnales.

Mais, dans ce cas, on n'en peut pas moins prédire avec certitude l'imminence d'un accès, quand on trouve dans le sang des plasmodies pigmentées.

Les parasites des fièvres estivales et automnales accomplissent en très peu de temps, et parfois sans production de pigment, la totalité de leur évolution.

Celli et Marchiafava ont observé, dès 1885 (*R. S. M.*, XXVI, 540 et

XXVIII, 172), les parasites semi-lunaires découverts par Laveran (*R. S. M.*, XIX, 139, et XXVI, 535), et ils les considèrent comme un stade spécial du développement des plasmodies. Celli et Guarneri ont ensuite montré (*Riforma medica*, 1888) que les plasmodies paludéennes peuvent subir dans les globules rouges du sang deux phases diverses de développement ; elles peuvent y apparaître sous la forme d'amibes et sous celle de corpuscules semi-lunaires qui rappellent les grégaires et les coccidies, auxquelles Metschnikoff rattache les parasites paludéens.

Les corpuscules semi-lunaires se rencontrent rarement dans les fièvres estivales, un peu plus communément dans les formes pernicieuses et cachectiques des fièvres automnales ; ils s'y trouvent presque toujours associés aux formes amiboïdes non pigmentées.

Celli et Marchiafava ont, en outre, observé d'autres parasites qu'ils considèrent comme des formes de passage entre les plasmodies semi-lunaires ou falciformes et les plasmodies amiboïdes. Ils sont disposés à regarder les parasites semi-lunaires comme un degré ultérieur du développement des amibes dont la présence est constante pendant l'accès fébrile, tandis que les corpuscules semi-lunaires peuvent disparaître momentanément du sang, même dans les cas graves.

En résumé, l'infection paludéenne est produite par un parasite spécifique qui pénètre dans les hématies, vit à leur intérieur et à leurs dépens et s'y développe ; ce parasite transforme l'hémoglobine en mélanine et se multiplie par division. Des variétés différentes de ce parasite correspondent aux diverses saisons, aux diverses contrées et enfin aux diverses formes de gravité de la fièvre paludéenne. J. B.

- I. — Observations cliniques, anatomo-pathologiques et bactériologiques sur une épidémie de fièvre typhoïde observée à Pise, par BONARDI, FLORA et SILVESTRINI (*Rivista generale italiana di clin. medica*, n° 1, 2, 3, 1891).
- II. — Sur les propriétés pyogènes du bacille d'Eberth, à propos d'un cas de fièvre typhoïde compliquée d'un abcès de la paroi abdominale et de délire, par RAYMOND (*Soc. méd. des hôpitaux*, 20 février 1891).
- III. — Ein Fall von Strumitis nach Typhus, par W. SPIRIG (*Correspondenz Blatt für schweizer Aerzte*, n° 3, p. 74, 1^{er} février 1891).
- IV. — Two cases of typhoid fever... (Deux cas de fièvre typhoïde tardivement mortels, sans ulcérations intestinales), par Sydney PHILLIPS (*Brit. med. j.*, p. 227, 31 janvier 1891).
- V. — A typhoid sequel, par CROSSLAND (*N. York med. journ.*, p. 543 ; 15 novembre 1890).

I. — Le bacille d'Eberth fut trouvé dans les selles de deux malades, au deuxième septenaire ; le sang de la rate d'un garçon de 10 ans donna une culture pure de ce bacille, qui fut isolé sur les plaques de Peyer et dans les ganglions mésentériques d'une femme de 30 ans. Dans tous les autres cas, ainsi d'ailleurs que dans ceux où existait le bacille d'Eberth, les cultures donnèrent constamment un streptocoque qui, injecté dans la cavité abdominale des lapins les tua en 24 à 40 heures ; le staphylocoque pyogenes albus existait également dans tous les cas ;

plus rare était le staphylococcus pyogenes aureus, quant au citreus il fut trouvé dans le tiers des cas.

La rate fut ponctionnée 8 fois chez le vivant, et 4 fois sur les cadavres. Toutes les cultures donnèrent le streptococcus et le staphylococcus pyogenes albus.

Sur six ponctions des foyers pneumoniques, cinq fois les cultures donnèrent le streptocoque et le staphylococcus albus; dans deux tubes se développa aussi le staphylococcus citreus.

Les cultures faites dans trois cas de parotidites doubles, vers la fin du deuxième septenaire, donnèrent les mêmes micro-organismes, ainsi que dans un cas d'alénite sous-maxillaire droite chez un enfant de 8 ans. Dans cinq cas d'angine membraneuse grave, on obtint le streptocoque, les staphylocoques albus et aureus, et dans un cas également le citreus, jamais le bacille d'Eberth, ni celui de Löffler; mêmes résultats dans trois cas d'otites moyennes suppurées, dans les cas de pustules d'ecthyma, d'abcès sous-cutanés et de gangrène de la peau; les préparations de crachats pneumoniques, traités par la méthode Gram, se montrèrent riches en strepto- et staphylocoque; jamais on ne put y constater le bacille d'Eberth, le bacille de Friedländer ou le pneumocoque. Dans les selles le bacille d'Eberth ne fut trouvé que deux fois (vers le 9^e jour); dans bon nombre d'autres cas (20 environ), les selles ne contenaient presque exclusivement que des staphylocoques et des streptocoques, en outre quelques rares colonies du *Bacterium mesentericus vulgatus*, du *Bacterium subtilis*, du *Bacterium* γ de Vignal, du *Bacterium coli commune*.

La rate et les plaques de Peyer des cadavres ne donnèrent que les staphylocoques aureus et albus et le streptocoque (les premiers prédominant); le bacille d'Eberth ne fut rencontré, avec les micro-organismes précités, que dans un seul cas, dans les ganglions mésentériques du cadavre d'une femme.

Les signes cliniques relevés pendant cette épidémie n'ont présenté aucune particularité qui ne soit connue.

G. LYON.

II. — Chez une femme de 31 ans, qui finit par succomber à une rechute de fièvre typhoïde, Raymond avait constaté l'existence d'une induration profonde de l'abdomen, s'étendant de l'ombilic vers le pubis, induration douloureuse au toucher. A l'autopsie on trouva une vaste poche pleine de pus rougeâtre, mal lié, inodore; les parois étaient formées par l'aponévrose superficielle des muscles de l'abdomen et par la peau doublée de son tissu adipeux. L'examen bactériologique avec les procédés de culture classique montra que le pus contenait et uniquement des bacilles d'Eberth.

H. L.

III. — Spirig relate l'observation d'une femme de 22 ans, atteinte de fièvre typhoïde, dans la convalescence (5^e septenaire) de laquelle elle fut prise d'une thyroïdite suppurée.

Les cultures entreprises avec le pus de l'abcès y révélèrent la présence simultanée du staphylocoque blanc et du bacille typhoïdique.

J. B.

IV. — Le premier cas concerne un individu, qui, entré à l'hôpital le quinzième jour d'une fièvre typhoïde, offre une exacerbation de ses symptômes vers le vingtième jour, et meurt dans la sixième semaine. L'autopsie montre une tuméfaction des plaques de Peyer et des follicules clos, sans ulcération, comme s'il s'agissait d'une dothiéntérie au

début. Le deuxième cas est analogue chez un individu ayant succombé le vingt-deuxième jour de la fièvre typhoïde. Il est donc inexact de compter qu'après le dixième jour, les lésions intestinales sont nécessairement ulcéreuses.

H. R.

V. — Il s'agit dans ce cas d'une paraplégie spasmodique consécutive à la dothiéntérie et que l'auteur rapporte à une méningite spinale.

Fille de 18 ans, ayant, au mois de juin 1889, une pneumonie, puis une fièvre typhoïde grave. Quelques semaines après la fin de cette maladie, elle éprouva des douleurs vives aux régions dorso-lombaires. Puis elle a de l'anesthésie, de l'affaiblissement des membres inférieurs avec spasmes intermittents, et enfin une paraplégie complète; pas de paralysie des sphincters. Plus tard, on note de la tuméfaction de plusieurs côtes, au niveau de leur extrémité antérieure et des cartilages costaux.

Révlulsion, mercure, iode de potassium, électrisation. C'est seulement au mois d'avril 1890, que l'amélioration se manifeste. Actuellement la guérison est presque complète.

L. GALLIARD.

Étude sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi au collège de Beaupréau, par FARGE et DEZANNEAU (*Bull. de la Soc. de méd. d'Angers*, p. 93; 2^e semestre 1890).

Au commencement de janvier 1890, sur 165 élèves pensionnaires du collège, 68 ont été presque simultanément atteints de fièvre typhoïde et 18 sont morts. Un professeur (sur 19) et 4 sœurs (sur 13) ont été également malades. Douze domestiques, qui ne buvaient guère que du vin, et quinze élèves externes ont échappé à l'épidémie.

Cette épidémie, très minutieusement étudiée, réunit les cinq conditions exigées par Hirsch et Arnould pour démontrer la relation de cause à effet :

1^o Il y a eu éclosion soudaine de cas multipliés, limités exclusivement à un groupe empruntant son eau à une distribution spéciale;

2^o On a constaté la présence du bacille d'Eberth dans l'eau souillée par l'irruption de boue d'égout dans la canalisation;

3^o La population vivant dans les mêmes conditions hygiéniques (sauf l'eau) était et est restée absolument indemne;

4^o L'épidémie a cessé avec la fermeture de la source d'eau;

5^o Elle avait éclaté peu de temps après la souillure de la canalisation.

Il faut ajouter que les 73 malades, répartis ensuite dans 60 localités différentes, ont donné lieu à 8 cas de propagation tous bénins.

LEFLAIVE.

D'une forme atténuée de la rage observée pendant le cours du traitement par les inoculations préventives, par LAVERAN (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 avril 1891).

M... est mordu le 12 janvier par un chien errant, au genou à travers son pantalon; les plaies, qui ont peu saigné, n'ont pas été cautérisées; à partir du 22 janvier, il est soumis aux inoculations préventives de la rage, deux les cinq premiers jours, une les jours suivants. Le 30 janvier malaise, insomnie, anorexie; le 1^{er} février fièvre, douleurs au genou gauche, hyperesthésie de la peau des parties voisines; 2 février, tristesse, insomnie, légère dysphagie; 3 février, apyrexie, insomnie, douleurs et hyperesthésie plus accusée,

grande faiblesse. Le malade peut à peine faire quelques pas. On suspend les inoculations ; à partir du 5 février, amélioration, puis rechute légère ; enfin, à partir du 10, amélioration suivie de rétablissement complet ; du 20 au 28, reprise des inoculations.

Laveran voit dans ce cas une atteinte de rage paralytique ; il admet que la rage a été atténuée par les inoculations préventives, et insiste sur ce point que le malade a éprouvé douleurs et hyperesthésie au voisinage du genou mordu, et non autour des régions inoculées du tronc.

Chantemesse rapporte un cas de rage retardée par les inoculations ; un homme vacciné par la méthode ordinaire, vingt-sept mois après sa morsure, fut, à la suite d'un léger accident, pris de rage et mourut en quatre jours ; le bulbe renfermait la rage des rues. Il montre que, lorsqu'on étudie les observations des mordus qui succombent à la rage, malgré le traitement, on voit presque toujours les symptômes de rage ne se montrer qu'après l'apparition de douleurs plus ou moins vives dans les nerfs de la région mordue, parfois dix à quinze jours avant la mort. Dans ces cas, une seconde série de vaccinations par la méthode intensive a souvent conjuré l'invasion de la rage confirmée. Il conclut d'une série de faits qu'il a observés qu'il y a des cas frustes de rage qui guérissent. Les expériences faites sur des chiens ont également prouvé la réalité de la rage fruste, suivie de guérison, que la rage revêtît la forme furieuse, ou la forme paralytique.

Babinski et Raymond insistent sur la nécessité de distinguer les accidents hystériques, pseudo-rabiques, de la névrite rabique. H. L.

La diphtérie en Belgique, par SCHREVEVS (*Le Mouvement hygiénique*, VI, 388, octobre 1890).

De 1870 à 1880, parmi les provinces belges, c'est celle de Namur qui a compté le moins de décès diphtéritiques (7,24 pour dix mille habitants) et celle de la Flandre occidentale qui en a compté le plus (15,76).

Voici, pour l'ensemble de la Belgique, la moyenne des décès annuels par la fièvre typhoïde, la rougeole et la coqueluche qui sont avec la diphtérie, les 4 maladies contagieuses les plus meurtrières après la tuberculose :

1869 à 1872. 1873 à 1876. 1877 à 1880. 1881 à 1884. 1885 à 1888.

	—	—	—	—	—
Diphtérie.	11,42	9,27	7,84	7,67	7,66
Typhoïde.	9,41	7,63	6,25	6,03	4,13
Rougeole.	7,43	6,06	5,99	5,11	5,10
Coqueluche.	7,00	7,13	7,01	7,16	5,88

Pour Schrevens, en dépit des affirmations contraires, la contagion directe de la diphtérie des oiseaux à l'homme est fréquente. Aussi propose-t-il d'exercer une surveillance rigoureuse sur l'état de santé des volailles de basse-cour et tout spécialement des coqs de combat, qu'un gavage au moyen d'une nourriture échauffante rend plus particulièrement susceptibles à contracter la diphtérie.

J. B.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Traité clinique des maladies des femmes, par Lawson TAIT, trad. par Alb. BÉTRIX (*In-8°, Paris, 1891*).

Reflet des idées personnelles de Lawson Tait, ce livre, en apparence complet et considérable, présente à chaque page des opinions originales et par suite inattendues, dont nous indiquerons les plus saillantes :

Dans les vaginites aiguës, l'auteur interdit les injections qui, suivant lui, peuvent déterminer une péri-oophorite; les chancres indurés sont regardés comme rares, et l'auteur donne une observation où il semble admettre qu'ils peuvent réapparaître chez la même malade; l'épithélioma est indiqué mais non décrit; les malformations sont décrites d'après les cas qu'a rencontrés l'auteur, et le chapitre se termine par une description de l'atrophie des petites lèvres avec oblitération partielle du vagin. (*Kraurosis vulvæ*).

Je dois signaler, au point de vue de la syphilis, une opinion fréquemment répétée de l'auteur, qu'il formule ainsi : « Je pourrais fournir des preuves évidentes que la syphilis se présente sous des manifestations cliniques bien différentes, et que les résultats thérapeutiques sont également très différents selon les localités et les pays. »

Les polypes de l'urètre sont décrits sous le nom de tumeurs vasculaires, et l'ablation en est recommandée avec le Paquelin; chez les femmes d'âge moyen ces petites tumeurs sont souvent accompagnées d'atrophie des petites lèvres (*Kraurosis*).

Les déchirures du périnée sont à peine indiquées, et contre les recècles et cystocèles, l'auteur indique un avivement en V de chaque côté de la vulve qui, suturé, donne une sorte de soutien périnéal ou plutôt périnéo-vulvaire. Pour les déchirures totales, l'auteur rejette sans les citer tous les procédés et n'admet que le sien, qui a pour principe de fendre exactement la ligne cicatricielle du périnée, puis de suturer transversalement sans avoir fait d'avivement.

Au point de vue de l'exploration gynécologique, Lawson Tait n'admet que le toucher, et, par exception, le speculum de Fergusson en verre transparent, prohibant tout autre speculum. « L'emploi de la sonde utérine dans un but d'exploration doit être aussi sévèrement condamné, sauf dans quelques cas exceptionnels. »

La vaginite catarrhale simple est admise par l'auteur. Quant au vaginisme « c'est un état que je crois imaginaire » dû le plus souvent à la présence de caroncules urétrales ou à l'atrophie vasculaire des petites lèvres ou à des fissures.

Les prolapsus du vagin sont rangés sous le nom de *colpocèle* vésicale, rectale, etc., et justiciables des mesures hygiéniques et du port d'un pessaire. Toute intervention sanglante serait inutile.

Pour les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales, Lawson Tait recommande son procédé, dédoublement des lèvres de la fistule et suture sans avivement.

Contre les affections utérines dont la description est très brièvement schématisée, l'auteur recommande surtout le chlorate de potasse et l'ergot à l'intérieur; s'abstenant presque toujours de tout traitement chirurgical et surtout des tiges de laminaire ou des éponges. Contre les déviations dont il n'admet que très rarement l'influence fâcheuse, il n'a de confiance que dans son pessaire. Enfin, il en est de même pour le prolapsus utérin. L'inversion utérine est pour lui toujours complète et doit être réduite en 24 ou 36 heures par le repoussement direct élastique. En aucun cas on ne doit faire la résection utérine. L'hystérectomie vaginale pour cancer est de même repoussée par l'auteur. Enfin, signalons une description très originale des fistules métrô-péritonéales par perforation de la paroi utérine avec l'hystéromètre. Cette perforation, pour Lawson Tait, ne présente aucune gravité.

Les tumeurs de l'utérus sont divisées en polypes, tumeurs interstitielles et tumeurs sous-péritonéales. A l'énucléation des fibromes même sous muqueux, l'auteur préfère l'extirpation des annexes. Quant aux myomes interstitiels, le seul traitement merveilleusement efficace recommandé est l'ablation prématurée et totale des annexes.

Parmi les affections du ligament large, les kystes parovariens et les abcès du ligament large, presque toujours suites d'hématocèle, sont traités par la laparotomie.

Pour les affections des ovaires, l'auteur se contente de reproduire ce que l'on trouve dans le livre spécial qu'il a publié à cet égard.

Une longue étude tend à démontrer l'indépendance de l'ovulation et de la menstruation chez la femme. La menstruation ayant pour point de départ les trompes serait causée par un mécanisme nerveux spécial et en rapport avec la nidation utérine.

Les ovarites et salpingites forment un unique chapitre. Lawson Tait distingue cinq degrés successifs. L'hyperémie ovarienne, l'ovarite aiguë, l'ovarite chronique, la salpingite aiguë et la salpingite chronique. L'ovarite et le pyosalpinx tant aigus que chroniques sont dans la grande majorité des cas dus à la blennorrhagie; de même, nombre d'accidents dits puerpéraux locaux doivent être rattachés à la même cause ayant précédé la puerpéralité. Lawson Tait donne en tableau sa statistique depuis 1880 s'élevant à 474 cas d'ablation des annexes avec 12 morts, soit 2,5 0/0. Une étude très importante sur l'hématocèle intra et extra péritonéale et la grossesse ectopique termine ce volume où abondent les idées originales et les théories toutes personnelles de l'auteur.

F. VERCHÈRE.

Les suppurations pelviennes chez la femme, par Pierre DELBET (*In-8° 628 pages, Paris, 1891*).

L'auteur étudie d'abord les salpingites, les ovarites, les phlegmons, les pelvi-péritonites, les tumeurs suppurées, au point de vue de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, de la pathogénie et de la symptomatologie.

Dans un chapitre spécial est exposé le diagnostic de toutes les sup-

purations pelviennes; enfin tout ce qui concerne le pronostic est rapproché du traitement et étudié dans les paragraphes consacrés aux indications thérapeutiques.

958 observations sont assemblées à la fin de l'ouvrage; les indications bibliographiques, données avec le plus grand soin, permettent de remonter facilement aux sources de ces observations.

Chacun des chapitres forme un travail complet appuyé sur de nombreux documents.

Nous signalerons tout particulièrement l'étude de la suppuration du tissu cellulaire du bassin, (lymphangites, adénites, phlegmons). L'auteur montre qu'il existe, dans le tissu cellulaire du bassin, deux régions distinctes, caractérisées par le passage de vaisseaux d'origines différentes: 1° la région du *ligament large*, traversée par l'artère utéro-ovarienne, par les lymphatiques du fond de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire; 2° la région du *pédicule hypogastrique*, traversée par les branches intra-pelviennes de l'iliaque interne, par les lymphatiques du col et de la partie supérieure du vagin. Chacune de ces deux régions, parfois simultanément atteintes, peut être le siège de suppurations; il existe par conséquent dans le bassin deux variétés de phlegmons: 1° Les phlegmons du ligament large qui sont rares mais incontestables; 2° les phlegmons du pédicule vasculaire qui sont fréquents.

Les indications de l'intervention et les procédés opératoires applicables aux différentes formes de suppurations (salpingites, abcès pelviens, etc.) sont exposés avec beaucoup de détails. Un paragraphe très important est consacré à la laparotomie postérieure: la méthode consiste à ouvrir l'espace sacro-sciatique en désinsérant le grand fessier et les ligaments sacro-sciatiques; puis à agrandir l'espace ainsi créé en réséquant une portion du sacrum. C'est là sa caractéristique essentielle. Une fois la brèche créée, on peut agir soit sur les tissus sous-péritonéaux sans ouvrir le péritoine, soit sur les tumeurs intra-péritonéales en ouvrant la séreuse. Le point d'élection pour la section du sacrum est le bord inférieur du troisième trou sacré. La résection temporaire du sacrum peut être suivie d'une réparation complète comme le prouve une observation de Viedow.

Les faits manquent encore pour apprécier la valeur de la laparotomie postérieure comparée à la laparotomie abdominale. Elle nécessite plus de dégâts, mais donne plus de facilités. On est conduit directement sur le foyer de l'opération pour l'extirpation des salpingites. On a sous l'œil et sous le doigt les vaisseaux utéro-ovariens et les ligaments larges. Quand on les incise, on n'est pas obligé, comme dans la laparotomie abdominale, de les pédiculiser et de les lier en masse, on les sectionne pour ainsi dire à ciel ouvert en mettant des pinces sur tous les points qui saignent.

Enfin pour les abcès pelviens, l'incision par la voie sacrée, sans ouverture du péritoine, paraît fournir un précieux moyen dans certains cas.

C. WALTHER.

Ueber Dystokien und die Beziehung der Endometris zudenselben (Des rapports de la dystocie avec l'endométrite), par LANDSBERG (*Therap. Monatshefte*, mars 1891).

L'avortement est souvent la suite de métrite (endométrite idiopathique ou secondaire). Dans la plupart des cas d'avortement, il existe des adhérences placentaires, et il est juste de rapporter et l'avortement et ces adhérences à l'existence antérieure d'endométrite. A celle-ci il faut aussi rapporter les adhérences placentaires que l'on trouve parfois lors de l'avortement à terme. La syphilis est aussi une cause d'adhérences, mais c'est à tort qu'on a voulu refuser tout rôle à l'endométrite. En outre, comme l'on trouve dans plus du 1/3 des cas (12/45) de placenta prævia des adhérences placentaires, il s'ensuit qu'il faut admettre un certain rapport entre l'endométrite et *les insertions vicieuses du placenta*.

L'atonie utérine, la faiblesse des contractions utérines, etc., relèvent souvent aussi de l'endométrite.

PAUL TISSIER.

Ueber Pyosalpinx, par ZWEIFEL (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 45, p. 1048, 10 novembre 1890).

Zweifel a opéré 71 salpingites suppurées avec 1 seul décès. Pour lui, l'opération est indiquée quand des attaques répétées de périmétrite mettent la vie en danger ou la rendent insupportable. Les difficultés de l'ablation de la trompe tiennent à sa situation profonde et à la solidité ainsi qu'à l'étendue des adhérences, qu'il faut rompre avec les plus grandes précautions.

Zweifel établit une distinction entre les salpingites à streptocoques et celles à gonocoques, en laissant de côté celles où l'on a signalé des pneumocoques, des bacilles tuberculeux ou des actinomyètes. Pour la salpingite à streptocoques, l'opération constitue une indication vitale : la fièvre intense, qui se réveille sans relâche avant l'opération, cesse aussitôt après. Quant à la salpingite blennorrhagique, Zweifel est disposé à croire qu'elle ne menace pas la vie, et qu'elle peut guérir ; mais l'opération n'en est pas moins indiquée, surtout chez les ouvrières. J. B.

I. — Die intrauterine Chlorzinkätzung bei der Behandlung der chronischen Metritis und Endometritis, par H. DOERFLER (*Münchener med. Wochenschrift*, p. 219, 24 mars 1891).

II. — Sept cas d'endométrite traités avec succès par le curage combiné à l'écouvillonnage ou associé à d'autres opérations, par PARA (*Broch. Paris*, 1890).

III. — Contribution à l'étude du traitement de l'endométrite chronique du corps par le crayon au chlorure de zinc, par GOFESTRE (*Thèse de Paris*, 1890).

IV. — Quelques faits d'atrésie utérine consécutive à la cautérisation par le crayon de chlorure de zinc, par BOURSIER (*Journ. de méd. Bordeaux*, 30 novembre 1890).

I. — La cautérisation intra-utérine par le chlorure de zinc est un excellent moyen curatif des manifestations morbides provoquées par la métrite et l'endométrite chroniques. Les hémorragies, pertes blanches,

douleurs hypogastriques et sacrées sont généralement entièrement guéries. En même temps, les altérations anatomiques sont heureusement modifiées, le volume de l'organe diminue, la muqueuse se régénère ad integrum, comme le prouvent les cas de grossesse après une stérilité de longue durée.

C. LUZET.

II. — Brochure relatant les observations de quatre endométrites chroniques du corps et du col et de trois endométrites hémorragiques. Dans quatre de ces cas, l'auteur a eu recours au curage et à l'écouvillonnage et dans les trois autres il a associé au curage une fois la trachélorraphie et deux fois l'opération de Schröder. Toutes les malades ont guéri et, chez cinq d'entre elles, la guérison ne s'était pas démentie dix-huit mois après l'opération; deux sont devenues enceintes et ont accouché à terme sans accident.

III. — Dans les endométrites chroniques du corps, compliquées ou non d'une inflammation muqueuse du col, Gofestre préconise la cautérisation par le crayon au chlorure de zinc, appliqué uniquement à la cavité du corps. Consécutivement à ce traitement, l'endométrite cervicale guérit ensuite spontanément ou cède à un traitement moins énergique. La localisation de la cautérisation dans la cavité du corps met à l'abri d'une atrésie de l'isthme.

OZENNE.

IV. — 1^o Femme de 36 ans, atteinte de métrite interne. Application d'un crayon de chlorure de zinc de 6 millimètres de diamètre. A la suite, disparition des règles et vives douleurs au moment des époques. Un an après la cautérisation, on constate une oblitération complète de l'orifice interne du col utérin, que l'on fait disparaître par la section et le cathétérisme. Retour des règles.

2^o Femme de 33 ans. Métrite ancienne avec rétroflexion légère, application d'un crayon caustique de 7 millimètres environ. Dilatation consécutive. Deux mois plus tard, disparition des règles et, à chaque époque, douleurs très vives. L'orifice interne du col est entièrement obstrué. Pas d'opérations.

3^o Femme de 29 ans. Métrite fongueuse interne. Deux cautérisations avec un crayon de 4 millimètres de diamètre. Dilatations successives avec la laminaire. Disparition des règles et mêmes accidents que dans les cas précédents, à chaque époque cataméniale. Le cathétérisme fait en outre reconnaître une atrésie complète à quatre centimètres et demi, c'est-à-dire au-dessus du col utérin.

OZENNE.

Pyo-salpingite avec perforation de la vessie, par Auguste REVERDIN (*Revue méd. Suisse romande*, X, 691, novembre 1890).

Femme ayant contracté la blennorrhagie 6 ans auparavant. Tumeur fluctuante dans la fosse iliaque gauche et dans le cul-de-sac vaginal correspondant. Les pressions exercées sur la tumeur abdominale font sourdre, à travers le col utérin, un liquide jaune verdâtre. Diagnostic de salpingite suppurée. Ponction avec un fin trocart au centre de la tumeur, au-dessus du ligament de Poupert; écoulement insuffisant d'un pus visqueux, infect. Nouvelle ponction avec un trocart plus volumineux, dans le cul-de-sac vaginal. Les jours suivants, injections dans la poche abdominale, le liquide ressortant par le vagin. Le 6^e jour, l'écoulement étant toujours insuffisant, Reverdin débride avec le bistouri la collection du cul-de-sac. Violente hémorragie artérielle arrêtée par la compression de l'aorte et par des pinces à demeure. 7^e jour : température matin 38°,4; soir 40°,2. Il ne s'écoule presque rien par le vagin et la poche se remplit de nouveau. Le sondage du matin donne 300 grammes d'urine nor-

male, tandis que le soir la sonde n'en ramène pas une goutte. 8^e jour : ventre encore plus tendu et température plus élevée. Incision de 12 centimètres un peu au-dessus de l'arcade fémorale et parallèlement à elle. Dans la cavité abdominale, nulle part de fluctuation véritable. Cependant une pince pénètre dans une cavité d'où s'échappent 400 grammes de liquide purulent, d'odeur atroce, mêlé de flocons jaunâtres et de gaz. Tout à coup, sous la faible pression des doigts, un flot d'urine s'épanche. Le cathétérisme révèle la présence d'un large orifice situé à la partie supérieure gauche de la vessie. Une incision sur la ligne médiane du ventre montre que la perforation vésicale donne passage au doigt. Reverdin place 2 fils sur la lèvre droite de l'orifice vésical, puis, les faisant passer sous le muscle droit, il les fait ressortir par l'incision qui longe le ligament de Poupart et les y suture. Il place encore 4 à 5 points de suture de façon à rendre la perforation vésicale aussi externe que possible. Introduction de 2 gros drains dans la profondeur de la cavité abdominale. Suture de la ligne blanche, en logeant vers le milieu de l'incision un drain debout derrière la symphyse. Enfin il termine le drainage en passant un long tube de caoutchouc qui, entré par la perforation, sortait par l'urètre. Lavages boriqués. Le soir le pouls devenait incomptable.

Le 13^e jour, chute des 4 pinces hémostatiques. Irrigations boriquées, continuées matin et soir. Guérison.

J. B.

Die Indicationstellung für die Behandlung der Retroflexion Uteri, par J. VEIT
(*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XX, 1).

Dans ce travail, Veit discute les indications du traitement de la rétroflexion par des procédés opératoires ou par d'autres moyens. Bien que l'intervention chirurgicale ne menace pas la vie des femmes, il n'en est pas moins vrai que la rétroflexion peut guérir sans opération et que d'autre part aucune opération ne peut rendre à l'utérus sa situation et sa mobilité normales. La guérison a plus de chances d'être obtenue chez les jeunes femmes que chez celles qui ont passé l'âge de 30 ans et qui approchent de la ménopause.

La rétroversion n'a pas toujours une origine puerpérale. Rare chez les nouveau-nés, elle est plus fréquente chez les filles à l'époque de la puberté. Dans ces conditions, l'usage des pessaires peut suffire, et en fait, on observe la guérison dans plus de la moitié des cas, quand le pessaire a été porté plusieurs années.

Dans les cas où l'utérus rétrofléchi est morbide, s'il s'agit de femmes arrivées au delà de la ménopause on se bornera aux pessaires. Si la femme est jeune, vierge, on ne traitera qu'exceptionnellement sa rétroflexion, car on ne peut pas compter sur une guérison radicale; si cependant on était obligé de faire un traitement local, le massage ne donnerait pas de meilleurs résultats que les pessaires. La rétroflexion qui a le plus de chances de guérir par les pessaires est celle qui est consécutive à l'accouchement.

Quand l'utérus rétrofléchi est fixe et adhérent, les indications d'opérer varient suivant les cas. Si la femme est stérile, on s'abstiendra d'opération, à moins qu'on espère en intervenant guérir la stérilité. Les indications les plus fréquentes pour opérer sont les douleurs continuelles, locales et généralisées, et les poussées fréquentes de périmérite.

Quant au mode opératoire, les méthodes de Freund et de Trommel sont les plus recommandables, de préférence au procédé de fixation de Schucking.

CH. MAYGRIER.

Zur Behandlung des Cervicalkatarrhs, par STRATZ (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVIII, 2).

Stratz a expérimenté divers modes de traitement du catarrhe cervical. Il a d'abord, dans tous les cas, fait un examen microscopique de parcelles de tissu prises sur le col et dans le corps de l'utérus : il a ainsi constaté que 5 fois seulement, sur 30 cas de catarrhe cervical, il y avait endométrite concomitante.

L'emploi des cautérisations avec une solution de chlorure de zinc à 10 0/0, n'a donné aucun résultat dans 10 cas ; dans d'autres, la guérison ne fut qu'apparente et il y eut récurrence. La solution à 50 0/0 de chlorure de zinc, employée tous les 5 jours, donna les résultats suivants : chez 3 femmes, au bout de 6 mois, pas de guérison ; chez 6 autres, légèrement atteintes, guérison sans récurrence.

L'ablation cunéiforme du col amena toujours la guérison, sans récurrence.

Des cautérisations avec l'acide lactique concentré furent pratiquées chez 25 femmes : 2 fois sans résultat, 10 fois avec succès, dans des cas légers ; pour le reste des cas, il y eut récurrence au bout de 2 à 3 mois.

Des examens microscopiques faits après le traitement ont prouvé à Stratz que le chlorure de zinc détruit l'épithélium cylindrique, qui est peu résistant, irrite seulement l'épithélium pavimenteux et le tissu cellulaire, et n'attaque nullement la partie profonde des glandes.

En conséquence, les cautérisations sont seulement efficaces dans les cas légers ; l'amputation de Schröder amène, au contraire, la guérison dans tous les cas.

CH. MAYGRIER.

Vierzig Fälle von Abtragung und Entfernung der Anhänge der Gebärmutter (40 ablations des annexes de l'utérus), par ROSTHORN (*Arch. für Gyn.*, XXXVII, 3.)

C'est une étude clinique longue et détaillée de 40 ablations des annexes de l'utérus. En voici les points saillants :

De toutes les opérées, la plus jeune avait 19 ans, la plus âgée 40 ans. Vingt d'entre elles avaient de 23 à 28 ans. Onze étaient mariées. Des vingt-neuf autres, célibataires, la plupart appartenaient à la classe pauvre, trois étaient des prostituées. Douze n'avaient jamais eu de grossesse ; seize étaient accouchées une seule fois ; les douze autres avaient eu plusieurs accouchements ou fausses couches.

Au point de vue étiologique, 14 fois l'affection des annexes reconnaissait une origine puerpérale et 8 fois, elle était de nature gonorrhéique.

Toutes les malades souffraient depuis un temps variant entre quelques mois et douze années. Chez plus de la moitié d'entre elles, il existait des troubles de la menstruation, ménorrhagies, règles irrégulières, une seule avait de l'aménorrhée. 13 malades étaient atteintes de pelvi-péritonite concomitante.

A la suite de l'opération, la guérison complète, idéale, avec suppression de toutes les souffrances, eut lieu dans 20 cas. Le succès fut moins complet dans 13 cas, quoique très réel ; chez les femmes de cette catégorie, il survint plus tard quelques phénomènes douloureux dus proba-

blement à la ménopause anticipée. Dans un cas, la guérison ne fut que temporaire; tous les troubles reparurent au bout de deux mois.

Dans deux cas, la guérison fut retardée par le développement d'exsudats diffus; elle fut complète par la suite.

Dans un cas, il y eut insuccès incomplet, et persistance de manifestations hystériques graves. La mort survint deux fois par péritonite. Une des opérées quitta la clinique en bon état; mais son état ultérieur est resté inconnu.

CH. MAYGRIER.

De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines,
par Paul SEGOND (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, XVII, p. 153, 1891*).

Segond étudie l'opération proposée et décrite par Péan sous le nom de castration utérine. Il a pratiqué 23 fois cette opération, qui a donné 19 guérisons et 4 morts; mais dans ces 4 derniers cas l'état des malades était vraiment désespéré, et pour 3 d'entre elles on peut affirmer que la laparotomie eût été mortelle.

L'hystérectomie est indiquée dans tous les cas de suppuration pelvienne, qu'il est aujourd'hui classique de traiter par la laparotomie avec ablation des parties malades; les indications de l'hystérectomie, envisagées dans leur ensemble, sont donc exactement semblables à celles de l'ablation des annexes par la laparotomie. Mais l'opération par la voie vaginale doit être uniquement réservée aux cas dans lesquels l'ablation bilatérale des annexes est elle-même nécessaire.

Dans les cas d'abcès pelviens qui paraîtront curables par l'incision simple au niveau d'un point quelconque de la paroi abdominale ou dans le vagin, il ne saurait être question d'hystérectomie. Cette règle s'applique non seulement aux hématorèles suppurées et aux collections phlegmoneuses récentes, sur le traitement desquelles tous les chirurgiens sont d'accord, mais concerne aussi les quelques variétés rares d'abcès pelviens d'origine ovario-salpingienne, que l'on peut à la rigueur guérir par l'incision vaginale.

Le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes doit obéir exactement aux règles formulées par Péan. L'utérus, toujours plus ou moins fixé par des adhérences, ne peut être enlevé que par morcellement; il est donc inutile ici de discuter les avantages comparés des ligatures et de la forcipressure; celle-ci est seule possible.

Segond préfère en général pour l'opération la position dorso-sacrée, sauf pour les cas où l'utérus très élevé est absolument immobilisé par des adhérences qui ne cèdent pas aux tractions.

Le manuel opératoire proprement dit consiste, après incision de la muqueuse vaginale et libération du col aussi haut que possible par décollement, à faire le morcellement, qui est pratiqué par étapes successives; chacune des étapes comprend quatre manœuvres principales:

1° La libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus; 2° la section des ligaments larges; 3° la division en deux valves de l'utérus libéré par les manœuvres précédentes; 4° l'excision des deux valves ainsi obtenues.

Après l'ablation de l'utérus, la conduite est différente, suivant les cas.

Cette ablation suffit lorsque les collections péri-utérines peuvent être largement ouvertes; lorsque l'hystérectomie se termine (avec ou sans ouverture des culs-de-sac péritonéaux) sans que le pus soit délogé des régions plus ou moins éloignées qu'il occupe, il faut aller à la recherche des foyers, crever les poches qui bombent dans la cavité opératoire, ou pratiquer l'ablation des annexes. Mais il est ici de règle absolue de ne rien enlever sans que l'œil puisse suivre le travail des pinces.

Tantôt, par conséquent, en enlève toutes les parties malades, utérus et annexes, tantôt il s'agit d'un simple drainage du petit bassin, mais d'un drainage parfait, puisque toutes les collections purulentes, largement ouvertes, peuvent librement déverser leur contenu dans la large brèche créée par l'hystérectomie.

Les pinces sont laissées en place 48 heures, et une sonde à demeure doit être conservée tout ce temps. Des injections vaginales antiseptiques sont pratiquées dès le 3^e jour après l'ablation des lanières de gaze iodoformée, placées entre les pinces.

La castration utéro-ovarienne par voie vaginale doit être, d'après Segond, préférée à la castration ovarienne par laparotomie pour quatre raisons principales : 1^o L'opération semble moins grave; 2^o elle donne des guérisons plus complètes et plus durables; 3^o elle évite tous les inconvénients d'une cicatrice sus-pubienne; 4^o elle ne condamne pas les opérées à porter indéfiniment une ceinture.

Les accidents qui peuvent compliquer l'opération sont la déchirure de la vessie ou du rectum. Quant aux résultats éloignés de l'intervention, il est encore impossible de les apprécier jusqu'ici. C. WALTHER.

Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes, par Lawson TAIT, TERRILLON, BOUILLY, SEGOND, etc. (5^e Congrès franc. chir. Bulletin méd., 5 avril 1891).

Lawson Tait, après avoir rappelé que la mortalité de l'ablation des annexes de l'utérus est tombée à moins de 3 0/0, soutient que cette opération peut avoir lieu dans trois cas : 1^o soit à cause de maladies utérines ou de symptômes qui en résultent, tels que myomes, dysménorrhée; 2^o soit à cause de lésions faisant suite à une maladie inflammatoire et localisée aux annexes utérines; 3^o soit pour les différents symptômes nerveux, qui se rattachent à la menstruation.

Pour le premier de ces groupes, Lawson Tait a obtenu les résultats suivants par l'ablation des annexes : sur 271 cas de myomes, il y a eu 6 morts. Quant aux 265 autres cas, ils se répartissent ainsi : 8 sans résultats satisfaisants et 257 avec guérison complète.

Pour les faits de la seconde catégorie, dont l'auteur ne possède qu'un nombre restreint, l'opération est en générale difficile; quelquefois ses bons résultats sont lents à se produire, et, chez certaines femmes, il y a une persistance d'accidents plus ou moins douloureux. Quant aux troubles nerveux, dépendants de la menstruation, qui constituent la troisième variété de lésions, ils peuvent être traités avec succès par l'ablation des annexes; toutefois, les résultats de l'opération ne sont pas constants.

Terrillon a pratiqué cette intervention 140 fois pour les affections sui-

vantes : 82 salpingites purulentes catarrhales ou blennorragiques, 8 salpingites tuberculeuses et 4 hidro-salpinx. Ces 140 opérations n'ont donné que 9 morts et si, au point de vue des résultats éloignés on élimine les 50 dernières trop récentes, il reste 90 cas qui ont fourni 4 morts, 74 guérisons complètes, 12 succès incomplets, 3 de ces opérées sont devenues enceintes peu après l'opération.

Bouilly, ne considérant que les causes qui donnent lieu à des succès, croit pouvoir les classer en 3 groupes : poussées péritonéales, persistance des douleurs, persistance de l'écoulement muco-purulent. Sur 70 opérées, il a relevé 2 fois des poussées péritonéales, 3 fois des accidents douloureux et 3 ou 4 fois la persistance d'un écoulement qui a cédé au curetage.

Second compare les résultats donnés par la laparotomie et l'hystérectomie vaginale. Sur 17 femmes, il a pratiqué l'ablation par la laparotomie et il a obtenu 5 guérisons complètes, 7 améliorations très notables et dans les autres cas, il a eu à combattre des hémorragies et des écoulements persistants. Quant aux hystérectomies vaginales au nombre de 30, il n'en doit faire entrer que 16 en ligne de cause, les autres étant trop récentes. Or, dans ces cas, il y a eu guérison absolue. Il en conclut que l'hystérectomie est supérieure, quant aux résultats, et que, toutes les fois qu'il y a des lésions bilatérales, elle doit être substituée à l'ablation des annexes par la laparotomie.

Bazy cite deux cas d'ablation, l'un chez une femme présentant des accidents nerveux intenses, et l'autre chez une hystérique atteinte de paralysie avec contracture. La première n'a pas été améliorée; la seconde a été guérie par l'extraction des deux ovaires polykystiques.

Doucet rapporte l'observation d'une jeune fille de 18 ans, atteinte d'une malformation du vagin et de l'utérus, qui déterminait divers troubles abdominaux et des accidents hystériformes multiples. L'oophorectomie a fait disparaître tous ces accidents.

Doyen a pratiqué, pour remédier à des troubles utérins, et périutérins 57 opérations se décomposant ainsi : 32 ablations par la laparotomie, avec 2 morts rapides, 3 résultats nuls, 7 résultats médiocres et 20 guérisons. Les laparotomies sous-péritonéales ont été suivies de 3 succès et d'une mort. Enfin, dans 20 cas, l'opération de Péan lui a donné 19 guérisons et 1 mort.

Pozzi, en se basant sur 15 cas, préconise le procédé de suture abdominale suivant, pour éviter les accidents d'éventration. Cette suture doit se composer de 3 plans, dont les 2 plus profonds sont faits à suture perdue. On réunit d'abord le péritoine seul par une suture en surjet, faite avec du catgut; puis cette dernière serrée, on pratique de la même manière la suture du plan musculaire et aponévrotique. Cela fait, on réunit la peau et le tissu cellulo-adipeux au moyen de fils d'argent ou de soie, mais avant de serrer ces fils, on réunit de plus la peau seule, de manière à bien affronter les bords de la section cutanée, par une suture en surjet au catgut.

Le Dentu a fait 32 fois l'ablation des annexes par la laparotomie et il a noté les accidents ultérieurs suivants : dans 1 cas, 1 mort par péritonite septique consécutive à la chute prématurée d'une ligature sur l'extrémité de la trompe; plusieurs fois la persistance des douleurs abdominales

et d'un écoulement rebelle au curetage; enfin, chez 4 femmes il a constaté le développement de tumeurs kystiques dans l'extrémité de la trompe restée adhérente à la corne utérine. Pour l'une de ces malades il a dû faire l'hystérectomie; pour deux autres, il a pratiqué une large dilatation utérine, ce qui a amené l'écoulement d'un liquide séro-sanguinolent et la guérison. C'est le premier traitement à appliquer en pareil cas.

Jeannel, sur 38 ablations des annexes par la laparotomie, a pu suivre 32 de ses opérées, dont une a présenté des troubles digestifs, quelques-unes la persistance des règles pendant plusieurs mois, une autre un petit abcès; et enfin, dans 3 cas, il a noté une tuméfaction douloureuse.

Richelot formule les conclusions suivantes à l'occasion de 150 malades, sur lesquelles il a eu des renseignements. Dans les salpingo-ovarites légères, péritonites, adhérences et ovaires à petits kystes, l'ablation est excellente, bien que quelques phénomènes douloureux puissent persister plusieurs mois. Il en est de même pour les salpingites chroniques non suppurées et pour l'hydrosalpinx, dont l'auteur possède une trentaine d'observations.

Dans les salpingo-ovarites compliquées de déviation de l'utérus, l'extirpation des annexes suffit généralement, et c'est ce qui a également lieu pour l'hémato-salpinx et l'hématocèle dont 12 cas ont été ainsi opérés.

Contre les pyo-salpinx et les ovarites suppurées, l'opération, quoique grave, donne d'excellents résultats. Sur 27 malades, Richelot compte 15 guérisons complètes; quant aux autres, elles n'ont eu que quelques légers accidents. Relativement aux fibromes utérins, la castration ovarienne fournit des résultats satisfaisants. C'est ce que l'auteur a encore noté chez une jeune fille, atteinte de manifestations hystériques multiples.

Routier rapporte 52 cas d'ablation des annexes pour salpingo-ovarites diverses. Parmi les accidents, consécutifs à l'opération, l'auteur a constaté plusieurs fois des hémorragies, dues à la persistance d'une portion d'ovaire ou à des petits fibromes utérins, comme cela s'est présenté deux fois. Chez quelques femmes, il a noté des phénomènes douloureux, des sueurs profuses qui disparaissent à la longue.

Jacobs a opéré 58 malades, dont il a des renseignements sur 38 d'entre elles. 31 sont restées guéries ou très améliorées, et, sauf quelques douleurs et minimes pertes de sang, aucune suite fâcheuse ne s'est montrée. L'ablation des annexes excellente dans les hémato et pyo-salpingites, donne de moins bons résultats dans les salpingites catarrhales, et rarement des améliorations dans les affections nerveuses.

OZENNE.

I. — Ueber das Geschlechts-Leben des Weibes nach der Kastration (De la vie génitale des femmes après la castration), par KEPPLER (*Congrès de Berlin. Supplém. au Centr. f. Gyn.*, 1890).

II. — Des phénomènes cliniques observés chez les femmes à la suite de l'ablation de parties distinctes de l'appareil génital, par N. GRAMMATICATI (*Vratch*, 1, 1891).

I. — Keppler a fait 46 fois la castration et a obtenu 39 guérisons.

Il a opéré 21 fois pour des salpingites purulentes ou gonorrhéiques,

8 fois pour des obstructions cicatricielles des trompes, 1 fois pour une oblitération tubaire congénitale, 4 fois pour des ovarites et salpingites tuberculeuses, 2 fois pour des oophorites et périooophorites sans participation de la trompe, 1 fois pour un utérus rudimentaire, et 9 fois pour des fibromes de l'utérus. Des 39 femmes guéries, 15 sont depuis plusieurs années tenues soigneusement en observation.

Les conséquences physiologiques de ces opérations ont été les suivantes :

Quand l'opération a été pratiquée pour des salpingites ou pour des processus inflammatoires, il n'est jamais plus survenu d'hémorragie utérine. Le diamètre conjugué s'est raccourci notablement jusqu'à 3 centimètres, et d'autant plus que la malade était plus jeune. L'utérus a également diminué progressivement, tombant de 8 centimètres à 2 en dix ans; de même le vagin s'est rétréci et raccourci. Les seins se sont atrophiés et sont devenus semblables à ceux d'un homme. La pigmentation brune des seins, du périnée, de l'anus a complètement disparu, la peau est devenue très blanche. Il n'est pas survenu, comme on le pense généralement, de tendance à l'embonpoint. On n'a observé aucun changement de la voix ni du système pileux. Le sens génésique est resté intact, surtout quand la femme a été opérée jeune. L'opération n'empêche pas le mariage, car trois des opérées se sont mariées et ont un ménage heureux. Les femmes opérées jeunes pour des affections inflammatoires n'ont eu consécutivement aucune névrose : le contraire est arrivé aux femmes plus âgées opérées pour des fibromes. Les hémorragies pour fibromes ont cessé, mais la ménopause ne s'est jamais établie immédiatement. Le sens génésique s'est éteint chez les femmes d'âge mûr, opérées pour fibromes.

CH. MAYGRIER.

II. — La castration place la femme dans des conditions analogues à la ménopause. Après quelques mois, rarement quelques années pendant lesquelles les phénomènes menstruels persistent sous forme de molimens, d'hémorragies vicariantes très atténuées, survient une sénilité précoce. C'est à tort que certains observateurs ont prétendu que la castration était suivie d'un relèvement de la nutrition. Tout au plus voit-on, souvent, mais pas toujours, une tendance à l'adipose localisée de certaines régions (cuisses, seins). L'auteur estime que la castration entraîne une modification des échanges, plutôt dans le sens de la dénutrition.

L'ablation de l'utérus a des suites plus marquées. Elle produit une dysménorrhée, parfois grave, qui se répète pendant longtemps. L'auteur a trouvé l'explication de ce fait dans plusieurs autopsies qui lui ont démontré que, trois ans après l'opération, l'activité de l'ovaire n'avait pas baissé.

L'ablation de l'utérus est donc, à tout prendre, une opération plus sérieuse dans ses suites que la castration.

Cependant, la majorité des cliniciens est d'un avis opposé. D'où provient cette contradiction? De ce que, dans la statistique, la majeure partie des castrations porte sur l'âge de trente à quarante ans. La sénilité précoce et l'affaiblissement de femmes relativement jeunes est plus accusé. L'amputation de l'utérus, au contraire, se pratique ordinairement sur des carcinomateuses au delà de la quarantaine chez lesquelles la vie

génitale est fortement sur son déclin ou déjà éteinte, et les accidents dysménorrhéiques nuls ou peu bruyants.

Tout en se montrant partisan de la conservation, l'auteur conseille, dans les cas où l'ablation de l'utérus s'impose, de la compléter, autant que possible, par la castration chez les sujets jeunes. DE KERVILLY.

Neuer Beitrag zur Ichthyolbehandlung bei Frauenkrankheiten, par Hermann W. FREUND (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 45, p. 1033, 10 novembre 1890).

Freund, toujours satisfait des résultats que lui donne l'emploi (*R. S. M.*, XXXVI, 564) de l'ichthyol intus et extra, dans le traitement des maladies des femmes, en étend maintenant les indications avec preuves à l'appui, aux catarrhes utérins simples, aux endométrites du corps ou du col.

L'ichthyol est à la fois un résolutif, un exsiccatif et un calmant, sans être ni un caustique, ni un toxique. Il est donc peut-être appelé à remplacer avantageusement l'iode, le chlorure de zinc, etc., dans le traitement consécutif au curetage de l'utérus.

L'ichthyol zingué a promptement guéri, dans l'espace de deux à cinq jours, 23 cas de gerçures du mamelon et d'autres nourrices atteintes de sensibilité douloureuse du mamelon sans gerçures appréciables. Mais il faut avoir soin de laver soigneusement le sein avant de le donner à l'enfant; sinon la croûte noirâtre formée par l'ichthyol durcit et n'agit plus que comme irritant. J. B.

Zehn weitere Fälle von Ventrofixatio Uteri retroflexi, par SPERLING (*Deutsche med. Woch.*, n° 5, p. 179, 1891).

Dix nouvelles ventrofixations de l'utérus rétrofléchi ont été pratiquées à Dresde, à la clinique de Leopold, ce qui fait un total de 19 cas. Sur les 19 opérées, 4 étaient atteintes de rétroflexion pure, 6 avaient en même temps une lésion des annexes du côté gauche, 7 des altérations bilatérales des annexes; une avait un myome, une avait du prolapsus utérin et vaginal, une était hystérique au plus haut degré.

Seize ont été complètement guéries; 2 se félicitent du résultat sans être cependant délivrées d'une façon absolue de leur malaise antérieur. La dernière a l'utérus solidement fixé à la paroi abdominale, mais les désordres menstruels persistent: l'auteur les attribue à des troubles ovariens et regrette que la castration n'ait pas été pratiquée en même temps que la ventrofixation.

Trois des femmes ont eu, depuis l'opération, une grossesse normale.

La ventrofixation n'est qu'une opération secondaire quand il y a de l'ovarite ou de la salpingite chronique; mais elle est nécessaire si l'on veut guérir complètement les femmes à qui on extirpe les annexes.

L. GALLIARD.

I. — **Hystérectomie abdominale**, par TERRILLON (5^e Cong. français de chir. *Bulletin méd.*, 29 avril 1891).

II. — **Hystérectomies abdominale et vaginale combinées**, par BOUILLY (*Ibidem.*)

III. — **Deux ablations de l'utérus cancéreux par la voie sacrée**, par TERRIER (*Ibidem.*).

IV. — Cancer of the cervix uteri with coexisting pregnancy. Vaginal hysterectomy. Recovery, par W. TAYLOR (*New York med. record*, p. 259, 28 février 1891).

V. — Ueber die sogenannte sacrale Methode der Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus, par P. MUELLER (*Correspondenz-Blätt für schweizer Ärzte*, n° 2, p. 38, 15 janvier 1891).

I. — Différentes modifications peuvent être apportées au manuel opératoire de l'hystérectomie abdominale, appliquée au traitement des fibromes. Quand on laisse le pédicule au dehors, au lieu de suivre la pratique de Schröder, on obture très suffisamment le péritoine en serrant fortement la boutonnière abdominale autour du pédicule, qui la traverse. Pour cela, on saisit les deux chefs entrecroisés de la ligature élastique, pour laquelle on emploie une sonde en caoutchouc rouge n° 14, avec une pince à clamp ordinaire, puis on pose au delà de la pince une forte ligature avec un cordonnet de soie. Un double nœud solidement serré arrête cette anse de fil, dont les deux chefs sont ensuite coupés. Pour dessécher le pédicule, le meilleur moyen est de le recouvrir d'un mélange de tannin et d'iodoforme.

Vingt-six malades ont été opérées par ce procédé; trois sont mortes, l'une de septicémie tardive, la deuxième de septicémie aiguë consécutive à une hémorragie (la ligature élastique n'avait pas été employée), et la troisième de péritonite.

Si on rentre le pédicule dans le ventre avec la ligature en caoutchouc ou ligatures perdues, il faut que le pédicule soit assez mince et assez résistant pour qu'on puisse appliquer une ligature élastique circulaire; cette dernière doit être faite de telle sorte que le cul-de-sac supérieur de la vessie ne soit pas emprisonné.

La cautérisation au fer rouge de toute la surface de section est de première nécessité, et cette surface doit être recouverte de poudre d'iodoforme. Quelquefois il est nécessaire de poser des ligatures sur les lambeaux des ligaments larges.

Sur vingt-huit hystérectomies ainsi pratiquées, l'auteur n'a eu que trois morts dues à la péritonite et à une hémorragie.

En résumé, chacune de ces deux méthodes opératoires a des indications particulières.

II. — Cette double hystérectomie a été pratiquée sur une femme de quarante ans, atteinte d'un cancer ulcéré du col et d'un fibrome du corps gros comme une tête de fœtus; le vagin était étroit et rigide; les ligaments larges, fermes et résistants; l'utérus était mobile. Pas de douleurs abdominales. L'opération eut lieu de la façon suivante : le ventre ouvert, le fibrome fut attiré au dehors, et, une ligature élastique placée, le corps utérin fut réséqué, puis, après avoir touché avec le thermo-cautère la portion de muqueuse que contenait le pédicule, celui-ci fut réduit et l'abdomen suturé.

Cela fait, le moignon utérin fut extrait par le vagin suivant le procédé mis en usage pour les hystérectomies vaginales. Suites opératoires excellentes et guérison en vingt-cinq jours.

III. — 1° Femme de cinquante-deux ans : volumineux cancer du corps utérin, col effacé, vagin rétréci et résistant. Après incision des téguments et section du releveur, une résection osseuse analogue à celle de Kraske est pratiquée; l'utérus gros, et quoique immobilisé, est attiré au dehors, et l'on procède

successivement à la ligature des ligaments larges, à la résection circulaire du vagin, et, le péritoine ouvert, à l'extirpation de l'utérus. Malgré un léger sphacèle des lambeaux cutanés, suites opératoires bonnes et guérison.

2^e Femme de cinquante-deux ans; cancer intra-utérin avec adhérences en arrière et envahissement du ligament large droit. Même opération que dans le cas précédent, mais exécutée avec beaucoup plus de difficultés, à cause des adhérences de la tumeur et des annexes. Durant l'ablation de ces dernières, l'uretère du côté gauche fut serré dans une ligature. Mort le cinquième jour.

OZENNE.

IV. — Femme de quarante et un ans. Cancer du col utérin. Extirpation de l'utérus par la voie vaginale. L'utérus a 5 pouces de long, près de 4 d'une corne à l'autre, et 2 d'épaisseur. Il contient un fœtus de deux mois environ. La guérison fut rapide, et l'état général s'améliora complètement.

P. DUFLOCQ.

V. — Müller rapporte trois hystérectomies pour cancer qu'il a exécutées par la méthode de Kraske (voie sacro-coccygienne); les trois opérées ont guéri; chez la première, la vessie fut blessée et suturée; néanmoins il se produisit une fistule vésico-vaginale. Müller établit un parallèle entre l'hystérectomie sacro-coccygienne et l'hystérectomie vaginale. A certains égards, celle-là peut sembler inférieure à celle-ci. En effet, elle implique une sorte d'opération préalable, nullement simple, pour se frayer accès à l'utérus. Vaste incision cutanée, résection du coccyx et de la partie inférieure du sacrum; dissection du rectum pour le refouler de côté, afin de pouvoir pénétrer dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Ce temps opératoire donne lieu à des hémorragies assez fortes, quand on est obligé de sectionner les branches de l'artère sacrée moyenne ou même son tronc placé anormalement, et les artères hémorroïdales. Il faut toujours quinze ou vingt minutes pour arriver jusqu'à l'utérus. En outre, la cicatrisation de la plaie opératoire exige au moins six semaines, c'est-à-dire un temps double de celui de l'hystérectomie vaginale.

Toutefois, Müller estime qu'on peut apporter au manuel opératoire quelques modifications qui atténuent ces inconvénients. L'incision tégumentaire n'a pas besoin d'être aussi grande; il suffit parfaitement de la faire aller de l'extrémité du sacrum jusqu'à 1 centimètre de l'anus. Puis, dans la majorité des cas, il n'est pas indispensable de réséquer la partie inférieure du sacrum; l'ablation du coccyx donne assez de jour. Enfin on peut refermer à l'aide de sutures perdues et de points superficiels, la plaie, en laissant seulement la place du drain vaginal.

Mais, même sans ces modifications, l'hystérectomie sacrococcygienne offre de sérieux avantages. Elle permet mieux d'enlever tous les tissus dégénérés, et est praticable dans des cas où on renoncerait à l'ablation par le vagin. Elle garantit mieux contre la blessure des uretères et contre les hémorragies accompagnant l'enlèvement de l'utérus. Enfin elle simplifie beaucoup la fermeture de la cavité péritonéale.

Aussi Müller pense-t-il que l'hystérectomie vaginale devrait être réservée aux cas dans lesquels on pratique habituellement l'amputation sus-vaginale.

J. B.

- I. — Ueber Bau und Entstehung des Myoma Uteri (Structure et origine des myomes utérins), par S. RÆSGER (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVIII, 1).
- II. — Die operative Behandlung der Uterusmyome... (Traitement opératoire des myomes de l'utérus par l'énucléation, la castration, la myomotomie et l'extirpation totale par le vagin), par LEOPOLD (*Arch. für Gyn.*, XXXVIII, 1).
- III. — Ueber Myomoperationen, par A. MARTIN (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.* XX, 1).

I. — Contrairement à l'opinion de Virchow, qui admet que les myomes se développent au sein même du parenchyme utérin, Rœsger assigne comme origine à ces tumeurs la paroi des vaisseaux. Ses recherches ont porté sur des myomes à leur début, alors qu'ils sont purement musculaires, et qu'ils ne sont pas encore entourés d'une capsule fibreuse qui les différencie du tissu utérin. Dans ces tumeurs jeunes, les petites artères sont dépourvues de tunique adventice, et les fibres musculaires du myome sont en connexion intime avec celles de la paroi vasculaire : c'est donc dans les parois artérielles que la tumeur prend son point de départ.

L'auteur insiste sur la grande analogie qui existe entre la structure d'un jeune myome et celle de l'utérus fœtal.

L'utérus fœtal ne présente pas la structure lamelleuse de celui du nouveau-né : l'organe tout entier est composé de fibres musculaires lisses à l'état embryonnaire. Les petites divisions artérielles sont dépourvues de tunique adventice comme dans un myome récent, et ce n'est que du 5^e au 7^e mois que cette tunique apparaît dans l'artère utérine et ses principales divisions. Au 9^e mois, le nombre des vraies artères est plus grand et la stratification des faisceaux musculaires devient apparente : à ce moment, n'étaient les orifices béants des veines utérines, on pourrait très bien confondre le tissu utérin avec celui d'un myome jeune.

Les fibres musculaires de l'utérus fœtal se développent consécutivement à l'apparition des vaisseaux utérins et paraissent provenir de leur paroi. De même, le premier rudiment des myomes prend naissance dans la musculature des petites artères utérines.

II. — Le très important mémoire de Leopold porte sur 140 cas de myomes de l'utérus qu'il a opérés par différents procédés dans ces six dernières années.

Il a pratiqué 28 fois l'énucléation par le vagin, 35 fois la castration, 56 fois la myomotomie, et 21 fois l'extirpation vaginale totale.

Leopold admet avec Cohnheim que les myomes sont d'origine congénitale. Ils se développent avec l'activité menstruelle de l'utérus. Ils augmentent sous l'influence des excitations de l'appareil génital : ainsi, parmi les sujets atteints, la proportion des femmes mariées aux célibataires est de 18 à 19 0/0. Le volume des myomes varie depuis celui d'un pois jusqu'à une masse de 50 livres ; le plus souvent ils ont la grosseur du poing, et sont multiples. Les ovaires sont fréquemment déplacés par la tumeur, et atteints de përiovarite, ce qui rend souvent leur recherche difficile pour la castration ; dans 7 cas, on ne put trouver qu'un seul ovaire. Le ramollissement et la dégénérescence des myomes surviennent surtout quand la circulation veineuse y est gênée, par

exemple quand ils plongent dans l'excavation. Dans les myomes sous-muqueux, la muqueuse utérine est souvent le siège d'un catarrhe abondant et d'hémorragies profuses.

Voici maintenant les indications et les résultats des différentes méthodes opératoires :

L'énucléation vaginale a été pratiquée pour des fibromes sous-muqueux jusqu'au volume d'une tête d'enfant. Sur les 28 opérations, 22 furent précédées de dilatation artificielle du col. Il y eut un cas de mort, le myome étant déjà putréfié. La mortalité est donc de 3,5 0/0.

La castration a été faite pour des tumeurs sous-séreuses et interstitielles; sur 34 opérées, 4 sont mortes, dont 2 par septicémie, à la suite d'une recherche très pénible des ovaires. Mortalité : 11 0/0.

La myomotomie, réservée habituellement pour des tumeurs plus volumineuses qu'une tête d'enfant, a été pratiquée 22 fois avec traitement intra-péritonéal du pédicule, et 34 fois avec traitement extra-péritonéal. Des 22 premières femmes, 5 sont mortes par septicémie; la cavité utérine avait été ouverte. Mortalité : 22,7 0/0. Des 34 autres, 7 ont succombé, dont 3 par hémorragie, 3 par épuisement, et 1 par ligature des uretères. Mortalité : 20 0/0. Leopold est plutôt partisan du traitement extra-péritonéal, d'après le procédé d'Hegar.

Les 21 extirpations totales par le vagin ont donné 3 morts, 13 0/0, dont 2 par septicémie.

Sur l'ensemble des opérations, il y a donc eu 20 morts, 14 0/0, dont 9 par infection, 6,4 0/0.

III. — Après avoir relaté 30 observations de myomes qu'il a traités par différentes méthodes, Martin est amené par l'examen de ces différents cas aux conclusions suivantes :

L'énucléation par le vagin doit être réservée aux tumeurs peu volumineuses et déjà en voie d'expulsion. Si l'utérus est parsemé de myomes, mais encore mobile, et que son volume soit en rapport avec celui du vagin, l'opération préférable est l'extirpation de l'utérus par le vagin. Quand il s'agit de tumeurs plus volumineuses qui doivent être attaquées par la voie abdominale, on doit s'efforcer de faire une ablation partielle et de conserver les trompes, les ovaires et une portion d'utérus suffisante pour l'accomplissement régulier des fonctions génitales. Dans cet ordre d'idées, l'énucléation des myomes après laparotomie est très recommandable.

Lorsque l'utérus ne peut être conservé, Martin estime qu'il vaut mieux l'extraire en totalité par l'abdomen que d'en faire l'ablation partielle, la question du traitement extra ou intra-péritonéal du pédicule ne lui paraissant pas encore jugée.

CH. MAYGRIER.

Einige Beobachtungen über die Elektrotherapie in der Gynäkologie, par NAGEL
(Arch. für Gyn., XXXVIII, 1).

Nagel traite successivement de l'électrothérapie en gynécologie et du cathétérisme utérin contre la dysménorrhée et la stérilité. Il résume ainsi la partie la plus importante de son travail, celle qui a trait au traitement électrique des fibromes de l'utérus.

Ce traitement doit être considéré uniquement comme symptomatique.

Les courants continus amènent la diminution des douleurs, si fréquentes dans les myomes, quand elles sont liées à une péritonite circonscrite. Avec l'amélioration de la péritonite chronique, la tumeur devient souvent plus mobile et la tension des parois abdominales disparaît.

L'emploi du courant constant permet parfois d'arrêter les hémorragies. On ne peut toutefois espérer de succès durable qu'en traitant la muqueuse utérine dans toute son étendue.

Avec la diminution des douleurs, la cessation des pertes, et grâce aussi à l'influence heureuse des courants constants sur les fonctions intestinales, l'état général des malades s'améliore. L'auteur n'a pas observé de diminution dans le volume des tumeurs, bien qu'il considère le fait comme possible dans une certaine mesure. CH. MAYGRIER.

Traitement des fibromes utérins, méthode Danion, par MIETTE (*Thèse de Paris, 1890*).

Etude thérapeutique des fibromes utérins par l'électrothérapie, basée sur 25 observations. L'auteur considère les applications extra-utérines comme inutiles et les ponctions comme dangereuses, ainsi que les hautes intensités dépassant 120 m. a. Il préconise la méthode du tampon électrique alliée aux renversements (méthode Danion) qui ne fait courir aucun risque et donne comme résultats la restauration rapide de l'état général, l'arrêt des hémorragies, la suppression des douleurs et la diminution de volume de la tumeur. OZENNE.

I. — Les applications du courant constant en gynécologie, par G. APOSTOLI (*Congrès de Berlin, in Berlin. klin. Wochenschr., n° 48, p. 1110, 1^{er} décembre 1890*).

II. — Die Behandlung der cystischen Geschwülste des Eierstocks mittelst Electricität, par E. NEGGERATH (*Berlin. klin. Wochenschr., n° 48, p. 1108, 1^{er} décembre 1890*).

III. — De l'électricité à la clinique gynécologique de Simpson, par Fraser WRIGHT (*Edinburgh med. J., p. 528, janvier 1891*).

I. — Les principales indications de l'emploi des courants galvaniques en gynécologie sont l'endométrite et les fibromes. Le courant galvanique est en outre un agent souverain contre les troubles circulatoires simples ou accompagnés de douleurs (aménorrhée, dysménorrhée et métrorragies); enfin, c'est un moyen puissant pour entraver le développement des tumeurs bénignes ainsi que pour favoriser la résorption des exsudats péri-utérins.

Dans les cas d'inflammations suppurées des annexes, il est, au contraire, inefficace ou même nuisible, surtout quand on a recours à de hautes intensités et à l'application intra-utérine du pôle négatif.

Le fait que les courants constants sont différemment tolérés par les diverses malades et que cette intolérance est plus marquée quand il y a inflammation des annexes, peut être utilisé comme moyen diagnostique pour reconnaître la présence et la nature de collections liquides, douloureuses ou méconnues, au voisinage de l'utérus.

Les effets du courant constant sont polaires et interpolaires. Les effets

interpolaires, de nature trophique ou dynamique, croissent comme le carré de l'intensité employée et s'ajoutent aux effets polaires. Les effets polaires sont principalement d'activer la circulation dans les tissus et, pour le pôle positif, des propriétés antiseptiques.

Apostoli préconise, au lieu de l'application vaginale, l'application intra-utérine parce qu'elle utilise au maximum l'énergie des courants, qu'elle permet l'action antiseptique du pôle positif, qui est surtout locale, qu'elle agit à la fois comme dérivatif et comme caustique, qu'elle est plus efficace contre les douleurs et est mieux tolérée tout en étant plus énergique. Les galvanopunctures vaginales constituent un complément très utile de la méthode.

L'innocuité de ce mode de traitement ressort entre autres des chiffres suivants : de juillet 1882 à juillet 1890, Apostoli a fait 11,499 applications du courant constant, à savoir : 8,177 galvanocautérisations intra-utérines avec le pôle positif et 2,486 avec le pôle négatif; d'autre part, 222 galvanopunctures vaginales avec le pôle positif et 614 avec le pôle négatif.

Il a traité de cette façon 912 malades dont 531 atteintes de fibromes, 133 d'endométrites simples et 248 d'endométrites compliquées de phlegmasies péri-utérines.

Il n'a eu que trois décès, dus à des fautes opératoires ; deux galvanopunctures, l'une, pour un fibrome péritonéal, l'autre pour une ovario-salpingite et une galvanocaustique pour un kyste de l'ovaire pris pour un fibrome.

D'autre part, trente de ses malades sont devenues enceintes depuis le traitement. (*R. S. M.*, XXV, 637 et XXX, 175.)

J. B.

II. — Næggerath rapporte plusieurs observations de kystes uni- ou multiloculaires de l'ovaire traités avec succès par les courants d'induction de faible intensité, dans des séances graduellement prolongées de un quart d'heure à une heure ou même au delà. Ces séances ont lieu trois fois par semaine, et le traitement est continué six ou huit semaines, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une diminution certaine du volume de la tumeur ; à ce moment, on peut arrêter l'électrisation, car ses effets se font encore sentir ultérieurement. Les éponges-électrodes sont placées, la négative au fond du vagin, la positive sur le ventre, au niveau du point culminant du kyste. L'intensité du courant est réglée par la notion que la malade a de son passage.

Quand le kyste est très volumineux ou rebelle, Næggerath a recours aux courants interrompus toutes les secondes. Il n'a éprouvé que deux insuccès dont la laparotomie lui a montré la raison. Dans l'un, il s'agissait d'une affection tuberculeuse, et dans l'autre, d'un kyste dermoïde des ovaires. Il en infère que la faradisation peut servir pour diagnostiquer la nature des kystes.

J. B.

III. — Les cas traités sont au nombre de 23 ; dans tous on a employé les courants continus ; on fit ainsi 304 applications, dont 41 ponctions toujours négatives : 125 cautérisations primitives intra-utérines ; 103 négatives et 35 applications intra-vaginales avec une électrode non métallique. 8 cas étaient des fibromes hémorragiques ; 7 furent traités par des applications positives intra-utérines et une par ponction négative, il était impossible de cathétériser l'utérus. Dans tous ces cas, sauf un, l'hémor-

ragie fut arrêtée et le succès se maintint pendant plus d'un an ; il semblerait que l'hémorragie puisse être arrêtée par une application autre que les cautérisations positives ; mais des observations plus nombreuses seraient nécessaires.

Dans 3 cas, des phénomènes de compression vésicale disparurent en grande partie par l'électricité. La douleur, surtout au moment des époques, ne semble pas avoir été atténuée par le courant continu. Dans 16 cas de fibromes observés, on n'a jamais constaté la disparition de la tumeur, mais 11 fois il y eut une notable régression. Quel que soit le mode d'application du courant, les résultats ont été les mêmes.

Les épaisissements cellulaires semblent diminuer sous l'influence du courant continu, mais aucun effet ne paraît avoir été obtenu pour les adhérences péritonéales. Dans un cas de subinvolution, où la douleur était une source d'anxiété continue, elle disparut en partie ; mais on n'obtint aucun effet sur la lésion utérine. Un cas d'antéflexion avec endométrite qui avait résisté à tous les moyens, fut très heureusement influencé par les applications vaginales, sans qu'il y eût des changements dans les lésions elles-mêmes. Après quelques applications, la santé générale chez toutes les patientes s'est très notablement améliorée.

F. VERCHÈRE.

Nouveau procédé de suture pour l'amputation de Schröder, par JEANNEL
(*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 10 janvier 1891).

Comme procédé de suture rapide et efficace pour l'amputation de Schröder, Jeannel propose le suivant : le col étant amputé ou plutôt verticalement excisé, exactement au niveau de l'orifice interne, à travers toute l'épaisseur de la base de l'un des lambeaux on traverse la portion vaginale avec une aiguille munie d'un fil solide et on en fait sortir la pointe dans la plaie, en piquant à bonne distance la muqueuse de l'orifice interne. On pique ensuite l'aiguille suivant un plan vertical sur la face cruenta du lambeau, un demi-centimètre au-dessus du bord libre et l'on sort à travers la muqueuse sur la face vaginale également à un demi-centimètre du bord libre de la plaie.

Le lambeau est ainsi traversé à sa base et traversé à son bord par une anse de fil, dont la portion libre répond à la surface cruenta, les deux chefs étant l'un à la base et l'autre au bord du côté de la face muqueuse.

Le chef de la base étant ensuite maintenu avec une pince à pression, avec le même fil et la même aiguille on suit exactement et symétriquement, mais en sens inverse, le même chemin sur l'autre lambeau ; pour cela, on pique sur la muqueuse de la portion vaginale près du bord libre, on ressort sur la face cruenta, on rentre à la base en mordant dans l'orifice interne, et l'on ressort à la base de la portion vaginale. Il en résulte ceci que les deux bords libres des lambeaux sont accrochés dans une anse de fil, dont les deux chefs traversent la base des lambeaux au niveau de l'orifice interne. En tirant alors sur ces deux chefs jusqu'à redresser l'anse de fil, on attire les lèvres de la plaie, les lèvres des bords libres accrochés vers la base du lambeau, qui se replie sur lui-même, et la muqueuse vaginale est affrontée avec la muqueuse cervi-

cale : cet affrontement est maintenu en nouant les deux chefs entre eux au-devant des lambeaux repliés. Trois points de sutures, l'un médian, mordant la muqueuse de l'orifice interne, et deux latéraux purement musculaires, doivent être ainsi appliqués pour obtenir un bon affrontement.

OZENNE.

Zur Entstehung der epithelialen Eierstocksgeschwülste (Origine des tumeurs épithéliales de l'ovaire), par STEFFECK (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XIX, 2).

L'origine épithéliale des tumeurs kystiques de l'ovaire a été mise hors de doute par Waldeyer. Mais cet épithélium provient-il toujours de l'épithélium germinatif, comme on l'admet généralement ? Steffeck pense que les productions épithéliales des kystes ovariques prennent souvent leur point de départ dans l'épithélium même du follicule. Il s'appuie sur de nombreux examens histologiques.

Il a remarqué que l'épithélium des follicules primordiaux a une grande tendance à se modifier et à proliférer : ce fait est moins marqué dans les follicules mûrs. Il assigne aux follicules primordiaux l'origine des tumeurs kystiques ; les kystes uniloculaires proviendraient des follicules mûrs.

Sur des coupes faites à travers une tumeur kystique pourvue de tubes épithéliaux, on ne trouve aucune connexion entre ces tubes et l'épithélium de la surface. — Dans les dégénérescences cancéreuses, l'épithélium germinatif reste normal.

De ces faits, l'auteur conclut que les follicules peuvent donner naissance à des cavités kystiques tapissées d'épithélium ; que de l'épithélium des follicules primordiaux et des follicules mûrs peuvent provenir des tubes épithéliaux qui se segmenteront plus tard pour former de nouveaux kystes. Au début de la dégénérescence de l'épithélium folliculaire, l'ovule est encore reconnaissable.

CH. MAYGRIER.

I. — Stiedrehung bei Ovarialtumoren (Torsion du pédicule), par CURIO (*Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 45, p. 1048, 10 novembre 1890).

II. — Même sujet, par RITTER (*Ibid.*).

I. — Curio ne souscrit pas à l'opinion de H.-W. Freund, que toute tumeur des ovaires doit subir une torsion de son pédicule en émergeant du petit au grand bassin. Quant aux autres causes invoquées jusqu'ici, elles ne peuvent expliquer les rotations complètes ; tout au plus constituent-elles des prédispositions.

La cause principale pour Curio est une contraction brusque des muscles abdominaux, tandis que les intestins sont accumulés dans un seul côté du ventre.

Dans les inspirations profondes, la masse intestinale imprime alors un mouvement de rotation à la tumeur, qu'elle presse en arrière et latéralement. C'est ce qui arrive quand on soulève un fardeau, qu'on saute, qu'on éprouve un choc, qu'on accouche, etc.

II. — Ritter estime que la meilleure prophylaxie de la torsion du pédicule consiste à opérer les tumeurs, alors même qu'elles ne dépassent pas les dimensions du poing. Il a observé 4 fois la torsion du pédicule,

une fois à la suite d'une chute, 3 fois chez des femmes qui avaient sauté brusquement à bas de leur lit. (*R. S. M.*, XXXIII, 139 et XXXVI, 166.)

J. B.

Des abouchements congénitaux du rectum à la vulve et au vagin, par
P. PUECH (*Thèse de Montpellier*, 1890).

Ce travail, dans lequel l'auteur est parvenu à rassembler 145 observations, auxquelles il a fait l'application des plus récentes données de l'embryogénie, est la mise au point de la question ardue et controversée d'une catégorie de malformations congénitales du rectum.

La soudure prématurée des moitiés postérieures des replis ano-génitaux déterminant l'oblitération de l'anus; d'autre part, le défaut de rencontre du bord inférieur de la cloison cloacale avec le bord postérieur (repli pré-anal) de ces replis ano-génitaux déjà soudés, laissant persister la communication du rectum avec ce qui reste du cloaque (vestibule), expliqueraient le mode de formation des abouchements vulvaires (anté-hyménaux). La soudure prématurée des replis ano-génitaux, l'absence de soudure des replis latéraux du cloaque à leur partie inférieure, l'abouchement tardif des canaux de Müller dans le sinus uro-génital, le développement du segment hyménéo-vaginal aux dépens de l'extrémité inférieure des canaux de Wolff, peuvent être invoqués dans la production des abouchements vaginaux inférieurs (immédiatement rétro-hyménaux). Quant aux abouchements vaginaux supérieurs, ils semblent échapper, jusqu'à maintenant du moins, à toute interprétation embryogénique.

Cette malformation s'observerait environ une fois sur 80,000 naissances. Dans 21 cas sur 145, elle a coïncidé avec d'autres anomalies.

L'orifice anormal qui présente comme dimension moyenne le diamètre d'une sonde de femme chez l'enfant, de l'index chez l'adulte, conduit dans l'intestin tantôt directement, tantôt, par l'intermédiaire d'une sorte de trajet fistuleux qui n'est autre chose que l'extrémité effilée du rectum. — A la place où normalement le rectum devrait s'ouvrir, on retrouve dans l'immense majorité des cas les fibres du sphincter externe; on a également noté l'existence de fibres musculaires autour de l'orifice rectal ectopié. Quant au péritoine, il est généralement situé assez haut pour n'avoir rien à redouter de l'acte opératoire. L'auteur termine ce travail par l'exposé des symptômes et du traitement.

A. C.

Restauration du vagin après ablation de la cloison recto-vaginale, par
LEPRÉVOST (*5^e Cong. fr. chir. Bulletin méd.*, 3 mai 1891).

Dans un cas de cancer de la paroi antérieure du rectum avec induration et épaissement de la muqueuse vaginale, voici par quel procédé Leprévost en a fait l'ablation. Les résultats immédiats et secondaires ont été excellents. Dans un premier temps, dissection, aux dépens du périnée, d'un vaste et épais lambeau, comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; ce lambeau est semi-lunaire; son bord concave répond à la fourchette, son bord convexe à l'anus, ses extrémités se continuent avec les grandes lèvres. Le lambeau est mobilisé et complètement libéré au niveau de la fourchette; il est relevé et fixé provisoirement à la partie supérieure de la vulve.

Dans un deuxième temps, la tumeur est soulevée par deux doigts introduits dans le rectum, puis la cloison est réséquée d'un coup de bistouri; pincement et ligature des artères au catgut.

Le troisième temps consiste à rabattre et à attirer en bas et en arrière le lambeau périnéo-vulvaire, dont on suture le bord convexe au cul-de-sac vaginal postérieur; il est disposé de telle sorte qu'il regarde le rectum par sa face cutanée et le vagin par sa face cruentée. Enfin la paroi antérieure du rectum est légèrement attirée en bas et fixée par quelques points de suture à la plaie périnéale.

OZENNE.

Beitrag zur Therapie der Narbenstenosen der Vagina (Traitement des rétrécissements cicatriciels du vagin), par O. KUESTNER (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVIII, 2).

D'après Küstner, les rétrécissements cicatriciels du vagin sont aussi fréquents après l'accouchement que les fistules urinaires, dans les contrées où manque l'assistance du médecin. Si on a moins d'occasions de les observer, c'est que les femmes ne se font soigner que quand la sténose est très prononcée et que le coït devient impossible. L'incision de la cicatrice, la dilatation du vagin ne suffisent pas à guérir ces rétrécissements, car il existe à leur niveau une perte de substance sous-épithéliale, et il faut recourir à une opération plastique.

Dans un cas où il fut consulté pour une sténose cicatricielle du vagin qui rendait tout rapprochement sexuel impossible, Küstner tenta de transplanter sur la surface avivée du rétrécissement un lambeau de muqueuse détaché d'une autre région. Ayant par hasard à sa disposition une portion d'intestin grêle fraîchement enlevée, il en appliqua la muqueuse sur l'avivement de la cicatrice vaginale, et compléta l'opération dans les points où le lambeau était insuffisant, par une colporraphie. Mais cette adaptation d'une muqueuse étrangère ne réussit pas et la réunion n'eut pas lieu. Plus tard, l'auteur eut recours à une autre autoplastie. Il sépara au-dessous de la sténose un lambeau de la muqueuse vaginale en le laissant adhérent par un de ses bords, et le releva de façon à l'appliquer sur la cicatrice avivée. La perte de substance produite par le décollement de ce lambeau fut comblée à l'aide de sutures, comme dans le procédé de L. Tait pour la déchirure du périnée.

CH. MAYGRIER.

Kasuistische Beiträge zu den Missbildungen... (Malformations génitales chez la femme), par K. FRANK (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVIII, 2).

Le premier cas est celui d'une jeune fille privée d'utérus et de vagin, et possédant seulement deux restes de cornes utérines et des annexes normaux. Le molimen menstruel se faisait pourtant sentir et amenait chaque mois des douleurs extrêmement violentes. La castration amena la guérison.

A propos de ce fait, l'auteur en rapporte sept analogues, et conclut que l'opinion qui veut que, chez les femmes privées d'utérus il n'y ait pas de molimen menstruel, n'est plus soutenable. D'autre part, la menstruation peut persister après l'ablation des ovaires.

Le second cas concerne une femme atteinte d'occlusion de l'hymen avec hémato-colpité. La tumeur était énorme et contenait six litres de sang; cependant la malade n'avait jamais ressenti de douleurs menstruelles.

CH. MAYGRIER.

Sur la question de la grossesse avec nutrition insuffisante de l'organisme, par L. ROUDOLSKY (*Vratch*, 5, 1891).

L'abaissement du poids du fœtus ne commence que lorsque la ration

de la mère a subi une diminution très considérable. Il faut que l'organisme maternel ait perdu au moins 32,4 0/0 de son poids normal.

Le fœtus d'une mère soumise à une demi-ration est encore parfaitement viable. A 1/10 de ration, le fœtus vient au monde, ou mort, ou inapte à la vie.

La parturition est beaucoup plus longue chez les femelles soumises au régime insuffisant.

La grossesse atteint son terme, ou bien est très peu abrégée.

En général, l'auteur croit que la dénutrition, jusqu'à une certaine limite, porte également sur la mère et le fœtus; passé cette limite, l'intérêt de la prolongation de l'espèce semble prendre le dessus.

DE KERVILLY.

De la coexistence des affections du cœur et des lésions pelviennes, par WILLIAMS (*Edinburgh med. Journ.*, p. 440, novembre 1890).

Sur 61 autopsies, l'auteur recherche combien de femmes présentent de lésions cardiaques, et en trouve 24,6 0/0, tandis qu'on ne trouve que 15 0/0 affections cardiaques chez l'homme. Les lésions mitrales sont les plus fréquentes chez la femme et en particulier le rétrécissement. Les lésions aortiques sont relativement rares chez la femme. Cela étant, l'auteur se pose la question suivante : Quel est le nombre de femmes souffrant d'une lésion pelvienne chez lesquelles on a trouvé une lésion cardiaque, et inversement; enfin, quelle est la lésion pelvienne qui s'est le plus fréquemment rencontrée avec une affection du cœur?

D'après les tableaux nombreux que rapporte l'auteur, la pelvipéritonite, la cellulite et le catarrhe du col sont les affections que l'on rencontre le plus fréquemment. Les périmétrites et les périsalpingites se rencontrent plus fréquemment que les périovarites. L'endocervite est de toutes les affections celle qui, de beaucoup, est le plus souvent accompagnée d'une lésion cardiaque, ensuite viennent les congestions et les inflammations de l'utérus, de la trompe et des ovaires. F. VERCHÈRE.

Observation de prolapsus utérin complet pendant la grossesse, par A. BERNÉ (*Lyon méd.*, 5 avril 1891).

Multipare, trois grossesses antérieures (un avortement à trois mois, une application de forceps). Enceinte de six mois, se plaint d'une tumeur génitale. A l'examen, tumeur de 16 centimètres de long faisant saillie hors de la vulve jusqu'à la partie supérieure des cuisses. L'examen fait reconnaître l'utérus prolabé. Réduction facile. Après quelques jours de repos, au lit, l'utérus est un peu descendu, mais sans franchir l'orifice vulvaire. Pas d'appareil. La grossesse suit son cours. L'accouchement se fait simplement. Séjour au lit, après, de deux mois et demi. Plus de tendance au prolapsus. L'utérus se sent à 5 centimètres de la vulve.

L'auteur étudie, à propos de ce cas, les observations analogues, discute les conditions d'intervention. (*R. S. M.*, XXXVII, 180.) A. C.

Schwangerschaft und Neubildung (Grossesse compliquée de tumeurs), par M. GORDES (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XX, 1).

Ce mémoire comprend la relation de seize laparotomies qui ont été faites au cours de la grossesse, pour des tumeurs abdominales, à la clinique de A. Martin.

1° Dans 3 cas, il s'agissait de kystes de l'ovaire. L'opération fut faite à deux et trois mois de gestation. Les trois femmes guérissent, et la grossesse continua sans interruption.

2° Neuf faits se rapportent à des grossesses compliquées de myomes. Dans 4 cas les myomes étaient sous-séreux : 1, myomes du col et du corps; opération césarienne à six mois, guérison; 2, énucléation à quatre mois, avortement, guérison; 3, extirpation du myome à quatre mois, guérison sans interruption de la grossesse; 4, énucléation à cinq mois, avortement, mort par tuberculose. Dans 5 cas, les myomes étaient à la fois sous-séreux et interstitiels : 1, énucléation à quatre mois sans ouverture de la cavité utérine, avortement, mort dans le collapsus; 2, énucléation à trois mois, avortement, guérison; 3, amputation supra-vaginale de l'utérus à six mois, le fœtus était mort depuis le quatrième mois, mort de la mère par péritonite hémorragique; 4, amputation supra-vaginale à quatre mois, mort; 5, ablation totale de l'utérus gravide et de ses annexes à quatre mois, guérison.

3° Enfin, 4 observations ont trait à d'autres tumeurs compliquant la grossesse : 1, tumeur supposée de l'ovaire, grossesse de quatre mois, laparotomie; on trouve un cancer généralisé du péritoine, on referme le ventre, guérison sans interruption de la grossesse; 2, tumeur intra-ligamentaire, laparotomie à six mois, on incise un abcès énorme, guérison, accouchement à terme; 3, tumeur intra-ligamentaire à quatre mois, on fait l'extirpation totale de l'utérus avec la tumeur, guérison; 4, hydronéphrose, néphrectomie à quatre mois, guérison; la grossesse continue et va à terme.

CH. MAYGRIER.

Operative Behandlung des Gebärmutterkrebses... (Traitement du cancer de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement), par SUTUGIN (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XIX, 1).

Il s'agit de deux femmes arrivées à la fin de la grossesse et atteintes de cancer du col, chez lesquelles Sutugin pratiqua l'opération de Porro. Il put extraire deux enfants vivants. L'une des mères succomba le 8^e jour à un accident indépendant de l'opération. L'autre survécut plusieurs mois.

L'auteur discute le traitement du cancer de l'utérus pendant la grossesse. — Quand la grossesse est arrivée près du terme et que le cancer est trop étendu pour qu'on puisse espérer d'enlever tout le mal par l'ablation totale de l'utérus, on doit recourir à l'opération césarienne. Sutugin donne avec Fehling la préférence à l'opération de Porro sur celle de Sænger en pareil cas, et il la recommande même dans les cas où l'enfant a succombé.

CH. MAYGRIER.

Contribution à la question du traitement de la grossesse et de l'accouchement compliqués de fibromyomes obstruant la cavité du petit bassin, par V. SOUTOUGUINE (*Vratch*, 1 et 2, 1891).

1° Il ne peut y avoir de règle générale pour la conduite à tenir en présence de fibromyomes du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement;

2° Pendant la grossesse, l'expectation est de rigueur et ne souffre d'exception que si l'état de la femme le réclame impérieusement. L'in-

intervention, dans ce cas, doit avoir lieu le plus près possible de l'accouchement;

3° Dans le cas de tumeurs immobilisées dans le petit bassin, l'ablation s'impose, autant que possible, avant le début du travail par énucléation vaginale ou d'après le procédé de myotomie vaginale;

4° Si la tumeur n'est diagnostiquée qu'après le début du travail, et si l'obstruction du petit bassin est telle que l'extraction de l'enfant vivant et entier n'est plus probable, l'ablation de la tumeur par la voie vaginale est indiquée le plus vite possible, sans se livrer à des tentatives infructueuses pour terminer l'accouchement par les procédés obstétricaux ordinaires;

5° En cas d'insuccès, il reste la ressource de l'opération césarienne par la méthode conservatrice.

6° L'amputation susvaginale de l'utérus gravide n'est indiquée que dans le cas de myome multiple ou de ramollissement avec endométrite purulente, principalement chez les malades épuisées. DE KERVILLY.

Die Beschränkung der inneren und die grösstmögliche Verwerthung... (De l'importance de limiter les explorations internes et de les remplacer par le palper en obstétrique), par LEOPOLD et PANTZER (*Arch. für Gyn.*, XXXVIII, 2).

En comparant les résultats des suites de couches chez les femmes qui ont été fréquemment touchées et chez celles qui ont été simplement examinées par le palper, Léopold et Pantzer ont constaté que la morbidité et la mortalité étaient plus considérables dans les premiers cas.

Aussi insistent-ils sur la nécessité de limiter autant que possible les explorations digitales chez la femme en travail. Les élèves inexpérimentés sont particulièrement dangereux à cet égard. Quant on devra procéder absolument au toucher, on le fera avec la plus grande prudence, et après une antisepsie complète de la région vulvaire et anale. Dans toutes les circonstances où la chose sera possible, on s'abstiendra du toucher pour recourir au palper abdominal. CH. MAYGRIER.

Ueber die mikro-und bakterioskopische Untersuchung der Lochien, par A. ARTEMIEFF (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, XVII, 2).

Les recherches entreprises par Artemieff sur les lochies des femmes saines l'ont conduit aux conclusions suivantes :

Les lochies des accouchées bien portantes contiennent des hématies, des leucocytes, des cellules épithéliales, des globules muqueux et des cellules graisseuses. Dans les premiers jours des suites de couches les globules rouges sont les plus nombreux (lochies rouges) mais leur nombre diminue peu à peu (lochies séreuses), et vers le septième ou le huitième jour, ce sont les globules blancs qui prédominent (lochies blanches), mélangés à des cellules épithéliales, du mucus et des cellules graisseuses.

Dans la majorité des cas, les lochies ont une réaction nulle d'abord, puis légèrement acide du septième au huitième jour. Chez les femmes enceintes, l'auteur a toujours trouvé aux sécrétions du vagin une réaction acide.

La présence de globules de pus dans les lochies doit être considérée

comme pathologique. Le volume de ces globules qui est de 12 à 14 μ , permet de les distinguer facilement des leucocytes, qui ne mesurent que 8 à 9 μ . De plus, la coloration fait apparaître dans les leucocytes plusieurs noyaux très distincts, entourés d'une zone claire, tandis qu'elle teinte uniformément les globules de pus sans qu'on puisse distinguer la présence de noyau dans leur protoplasma.

Les lochies d'une accouchée saine ne contiennent aucun micro-organisme. CH. MAYGRIER.

Ueber Eiterstaphylococcen in der Genitalien gesunder Frauen (Staphylocoques chez les femmes saines), par SAMSCHIN (*Deutsche med. Woch.*, n° 16, p. 332; 1890).

L'auteur a examiné les sécrétions de 10 femmes dont 5 étaient enceintes; sur les 5 autres, 1 avait de l'endométrite, 1 offrait une érosion vaginale. Il a passé en revue 133 colonies dont 56 contenaient des microcoques; le plus grand nombre de ceux-ci ne liquéfiaient pas la gélatine et n'étaient pas, par conséquent, des staphylocoques; quelques-unes la liquéfiaient, mais trop tardivement; enfin, quatre fois il y avait au premier abord l'apparence des staphylocoques, mais bientôt les cultures montraient l'inanité de la ressemblance.

Donc, dans aucun de ces cas les staphylocoques n'existaient.

L. GALLIARD.

Beitrag zur Lehre von dem Uebergang pathogener Mikroorganismen von Mutter auf Fœtus (Du passage des microbes pathogènes de la mère au fœtus), par Max SIMON (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, XVII, 1).

Le passage de certains micro-organismes de la mère au fœtus est aujourd'hui démontré, matériellement pour la morve, la rage, le choléra, le typhus, le choléra des poules, etc., et cliniquement pour la scarlatine et l'érysipèle. Les recherches expérimentales de Max Simon lui ont prouvé que si le fœtus n'est pas toujours infecté, cela dépend surtout de la durée plus ou moins longue de l'action de l'agent infectieux sur l'organisme maternel.

Dans les maladies infectieuses de très courte durée, le placenta maternel contient des bacilles, mais on n'en trouve ni dans le placenta fœtal et les membranes, ni dans le liquide amniotique, ni chez le fœtus.

Dans les affections d'une durée moyenne, le placenta maternel renferme un grand nombre de bacilles, et on en rencontre aussi en plus ou moins grande quantité dans le placenta fœtal et les membranes, dans le liquide amniotique; mais le fœtus reste indemne.

Enfin, dans les maladies de très longue durée, l'organisme fœtal est à son tour envahi par les micro-organismes. CH. MAYGRIER.

Étude historique et critique sur la scarlatine puerpérale, par DURAND (*Thèse de Paris*, 1891).

D'après une étude historique remontant à l'année 1740 et conduite jusqu'à nos jours, Durand est amené à discuter les deux théories, théorie septicémique et théorie scarlatineuse, émises sur la nature de la scarlatine puerpérale. En faveur de chacune d'elles, il cite des argu-

ments qui le déterminent à se déclarer polygéniste. Il établit ensuite qu'entre la scarlatine et certaines formes de la fièvre puerpérale, il y a parfois une grande analogie de symptômes, ce qui en rend le diagnostic difficile. C'est en se basant sur l'étiologie, l'état épidémique et la contagion, d'une part, et sur l'irrégularité des symptômes morbides, avec absence presque complète d'angine et de complications rénales; d'autre part, que l'une ou l'autre des maladies sera reconnue. Dans les deux cas d'ailleurs, la même antisepsie rigoureuse des organes génitaux est nécessaire. Mais, si le diagnostic différentiel, à ce point de vue, n'offre qu'un intérêt secondaire, il n'en est pas de même au point de vue de la prophylaxie : L'isolement de la malade s'impose, s'il s'agit d'une scarlatine.

OZENNE.

Ein Beitrag zur Theorie der Eklampsie, par Otto v. HERFF (*Münchener med. Woch.*, p. 79, 3 février 1891).

Le complexus symptomatique de l'éclampsie repose sur une altération spéciale de l'excitabilité des centres psycho-moteurs corticaux ou sous-corticaux. Cette altération de l'excitabilité est elle-même en rapport avec une prédisposition soit congénitale, soit acquise (intoxications uratique, saturnine, alcoolique, infections); d'autres fois elle est préparée par la gestation. Il est rare qu'à elles seules les excitations dues à la gestation suffisent à produire l'éclampsie, elles doivent être aidées par d'autres moments étiologiques, en particulier par un léger degré d'intoxication uratique.

C. LUZET.

Ein glücklich verlaufener Fall von Uterusruptur (Rupture de l'utérus guérie), par CARL (*Deutsche med. Woch.*, n° 10, p. 362, 1891).

L'auteur est appelé le 3 mai auprès d'une parturiente en état de collapsus; à droite, il trouve dans l'abdomen l'utérus contracté, à gauche, les petites parties faciles à reconnaître sous la paroi abdominale. Il diagnostique une rupture de l'utérus.

Le chloroforme étant administré, il introduit la main à travers la plaie utérine, dans la cavité abdominale, saisit le pied gauche, qu'il attire; l'extraction de la tête est seule difficile. Délivrance; lotions des parties externes; pas d'injection. Un drain est placé dans la déchirure. La perte de sang est peu importante. Applications froides sur l'abdomen.

Le 5 mai, fièvre vive (40°), météorisme, vomissements, ventre très douloureux. Le drain, ne donnant issue qu'à de la sérosité sanguinolente, est enlevé. Opium.

Le 7, coliques; l'opium est continué.

Le 12, apyrexie, ventre normal, lochies normales; coliques, diarrhée.

Le 30, la malade se lève. Guérison complète. On constate une cicatrice de la paroi postérieure du vagin.

La rupture a porté sur le col et le vagin. On peut l'attribuer au volume exagéré de la tête.

L. GALLIARD.

Grossesse anormale chez une multipare; avortement provoqué; expulsion d'une môle hydatique; guérison, par PEYRE (*Journ. de méd. Bordeaux*, 1^{er} février 1891).

Femme de 27 ans ayant déjà eu deux accouchements normaux. Nouvelle grossesse dont les trois premiers mois sont troublés par différents accidents,

entre autres des vomissements incoercibles et des pertes de sang plus ou moins abondantes sans caillots tous les deux ou trois jours. L'utérus, dont le développement correspond alors à une grossesse de quatre mois et demi, donne à la palpation la sensation d'une masse molle et peu résistante.

L'avortement est provoqué, et la malade accouche d'une masse molaire volumineuse, sortant en une seule fois et accompagnée d'une abondante hémorragie. La môle, pesant 1,200 grammes et ne contenant aucune trace de fœtus, est composée de vésicules transparentes, renfermant un liquide gélatineux et de volume variable, ovoïdes et soudées les unes aux autres; elles ont en masse l'aspect d'une grosse grappe de raisin.

OZENNE.

I. — *Künstliche Frühgeburt* (Accouchement prématuré artificiel), par CALDERINI
(*Congrès de Berlin. Supplément au Centr. f. Gyn.*, 1890).

II. — *Zur Frage über künstliche Frühgeburt*, par BALANDIN (*Ibid.*)

I. — Dans les bassins rachitiques de moins de 75 millimètres, on devrait s'abstenir de provoquer l'accouchement, dans l'intérêt de l'enfant.

Dans les bassins rétrécis, non rachitiques, l'antisepsie permet de provoquer artificiellement l'accouchement jusqu'à 85 millimètres et même au delà.

La mortalité des enfants nés vivants après un accouchement provoqué peut être diminuée par des soins spéciaux.

Grâce à l'antisepsie, l'accouchement provoqué est devenu un puissant moyen de thérapeutique dans beaucoup de maladies qui compliquent la grossesse.

Les meilleurs procédés pour provoquer le travail sont, dans les rétrécissements du bassin, les injections chaudes ou l'introduction d'une bougie dans l'utérus. Dans les cas de maladie, on joindra utilement la ponction des membranes aux moyens précédents.

Calderini fait suivre ces propositions d'une statistique récente et inédite des différentes méthodes opératoires employées en Italie dans les rétrécissements du bassin. En voici le résumé :

La version a donné.....	{ 4,30 0/0	de mortalité maternelle.
	{ 32,30 0/0	— infantile.
Le forceps	{ 7,25 0/0	— maternelle.
	{ 23,31 0/0	— infantile.
La craniotomie	13,88 0/0	— maternelle.
L'opération de Porro	{ 32,20 0/0	— maternelle.
	{ 15,51 0/0	— infantile.
L'opération césarienne de Sænger..	{ 43,47 0/0	— maternelle.
	{ 8,69 0/0	— infantile.
L'accouchement prématuré artificiel.	{ 4,59 0/0	— maternelle.
	{ 26,88 0/0	— infantile.
La symphyséotomie	{ 13,04 0/0	— maternelle.
	{ 21,74 0/0	— infantile.

Il résulte de ces chiffres : 1° que la mortalité maternelle va en augmentant de la version à l'accouchement prématuré artificiel, puis au forceps, à la symphyséotomie, à la craniotomie, à l'opération de Porro, enfin à l'opération de Sænger; 2° que la mortalité fœtale va en augmentant de l'opération de Sænger à celle de Porro, puis à la symphyséotomie, au forceps, à l'accouchement prématuré artificiel, enfin à la version.

Conclusion : On devra donner la préférence à l'accouchement prématuré artificiel et à la version dans l'intérêt de la mère.

Dans l'intérêt de l'enfant, on devrait, il est vrai, recourir plutôt à l'opération césarienne. Mais la mortalité maternelle consécutive à cette opération est encore trop grande pour qu'on y ait recours dans les cas où l'on peut, soit provoquer l'accouchement, soit le terminer par la version ou le forceps.

II. — La communication de Balandin est basée sur 43 cas personnels. Aucune des mères n'a succombé, toutes sont restées apyrétiques avant, pendant et après l'accouchement. Pour les enfants, leur sort s'est amélioré avec les progrès de la technique de l'accouchement provoqué : dans une première série, il n'y en a eu que 68 0/0 de vivants, tandis que sur les 20 derniers, un seul est mort.

Voici les considérations qui résument ce travail : L'accouchement prématuré artificiel pratiqué avec l'asepsie et l'antisepsie les plus rigoureuses est une opération favorable pour la mère et l'enfant. Toutefois, c'est une opération délicate à cause de la difficulté de déterminer la durée exacte de l'accouchement, et aussi des interventions qui peuvent devenir nécessaires. Le plus grand danger pour l'enfant comme pour la mère est la septicémie. Il est conjuré heureusement par le perfectionnement de la méthode antiseptique. L'expérience de l'auteur lui fait admettre qu'il y a deux sortes d'utérus : les uns élastiques et les autres mous. Les premiers sont plus excitables et leur contractilité entre en jeu plus ou moins rapidement sous l'action des procédés usuels employés pour provoquer l'accouchement. Les seconds résistent longtemps ou totalement à toute excitation, et il faut parfois déterminer leur évacuation par une opération sans trop attendre. La marche, absolument apyrétique de l'accouchement et des suites de couches, obtenue par l'emploi de mesures prophylactiques, résoud dans une certaine mesure la question de l'auto-infection.

CH. MAYGRIER.

Zur Behandlung des Aborts (Traitement de l'avortement), par WINTER (Congrès de Berlin. Supplém. au Centr. für Gyn., 1890).

Le pronostic de la rétention de la caduque vraie après l'avortement est différemment interprété par les auteurs ; les uns voyant dans cette rétention une cause d'hémorragie et d'endométrite, les autres la considérant comme inoffensive.

Winter, dans le but d'élucider cette question, a réuni 100 cas d'avortement avec examen anatomique. Il a pu établir ainsi 3 catégories différentes de faits : 1° Les femmes qui ont complètement expulsé leur caduque ont eu des suites de couches normales et se sont promptement rétablies ; 2° dans une seconde catégorie, les femmes chez lesquelles la caduque est restée tout entière dans l'utérus, où on a pu, avec le doigt, la sentir adhérente en totalité après l'expulsion de l'œuf, n'ont présenté aucun accident puerpéral et se sont également bien rétablies. 3° les faits les plus fréquents sont ceux où une partie de la caduque est restée adhérente, l'autre étant expulsée avec l'œuf. Les femmes ont guéri sans complications.

Ainsi, les femmes qui avortent n'éprouvent, si toutefois elles étaient

bien portantes antérieurement, aucun accident du fait de la rétention de la caduque. Cependant, il y a parfois des hémorragies après l'avortement. Winter pense que la cause de ces hémorragies réside dans la présence dans l'utérus de débris de caduque à moitié détachés. Aussi conseille-t-il de faire l'ablation de ces lambeaux flottants.

CH. MAYGRIER.

Habitual abortion (Discussion of the West London med. Society, (*Lancet*, p. 88, 1891).

Leith Napier, comme causes des avortements répétés indique, à côté de la syphilis, les endométrites aux degrés les plus divers. *Handfield Jones* insiste sur le rôle fréquent des affections cardiaques.

Routh a vu des avortements successifs dans des cas où le père était albuminurique.

Le traitement local et général permettrait dans les trois quarts des cas d'arriver à l'évolution normale de la grossesse, même après des avortements très nombreux. En dehors des indications fournies directement par l'étiologie (endométrites, rétroflexions, syphilis, affections cardiaques), *Leith Napier* et *Phillips* recommandent le *yiburnum prussifolium* à titre de calmant utérin.

A.-F. PLICQUE.

Avortement provoqué dans un cas de néphrite gravidique, par Léon GAUTIER (*Revue méd. Suisse romande*, X, 685, novembre 1890).

Femme de 27 ans, prise dès la fin du second mois d'une deuxième grossesse, d'essoufflement, d'étourdissements et de pâleur cireuse de la peau. Le mois suivant, dyspnée et anasarque; urines foncées se prenant en masse avant l'ébullition. Ascite assez abondante. Léger œdème palpebral. Rien dans la poitrine ni au cœur. 5^e mois, insomnie presque absolue à cause de la dyspnée et d'une céphalalgie continue. Impossibilité de se lever sans étourdissements et lipothymies. Somnolence, un peu de délire nocturne. 1,000 à 1,200 grammes d'urine par 24 heures, toujours très albumineuses et renfermant quelques cylindres fortement granuleux. Amaurose brusque. Avortement provoqué à l'aide de tampons d'ouate stérilisée. Fœtus complètement macéré. Trois quarts d'heure après, sentant la matrice presque aussi grosse, Gautier constate la présence d'une poche fluctuante tenant à un placenta kystique qu'il extrait en fragments, criblé de petits kystes, gros comme des pois, à contenu séro-sanguinolent.

Les jours suivants, la vision revient peu à peu, l'anasarque, l'ascite et l'albuminurie disparaissent.

J. B.

Ueber den Einfluss der Porro-Operation und Castration auf das Wesen der Osteomalacie, par Joh. BAUMANN (*Thèse Bâle 1889 et Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 629, 1^{er} octobre 1890).

Sur 21 opérations de Porro, suivies de guérison, chez des femmes enceintes, atteintes d'ostéomalacie, Baumann en compte 17 qui ont exercé une influence extrêmement heureuse sur l'affection osseuse et 4 qui ont amené une amélioration.

D'autre part, les 15 opérations césariennes, pratiquées dans les mêmes circonstances et suivies de guérison, n'ont pas donné des résultats aussi favorables pour l'ostéomalacie.

J. B.

Zur Pathogenese des Placenta prævia, par SCHRADER (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XIX, 1).

Schrader a observé chez la même femme deux avortements dus à une insertion vicieuse du placenta. Comme dans des faits rapportés par Kaltenbach, le placenta s'était développé dans la caduque réfléchie de l'extrémité inférieure de l'œuf, et il n'existait aucune soudure entre la caduque vraie et la portion correspondante du placenta. En effet, le doigt introduit dans le col, arrivait, après avoir franchi l'orifice interne, dans un espace vide en forme d'entonnoir, au fond duquel on trouvait partout le placenta. Le placenta était donc séparé en ce point de la cavité utérine : cette séparation n'était pas due à un décollement produit par les contractions utérines, car les fœtus étaient vivants ; elle provenait d'un défaut d'union entre les caduques ovulaire et maternelle.

Cette disposition peut s'expliquer, d'après l'auteur, par l'existence, sur le col et dans son voisinage, de déchirures anciennes qui rendent le tissu utérin plus dur, et moins extensible et empêchent le placenta de s'adapter au segment inférieur.

CH. MAYGRIER.

I. — Zur Diagnose der Tubengravidität, par KELLER (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XIX, 1).

II. — Ueber Tubenschwangerschaft in den ersten Monaten... (De la grossesse tubaire dans les premiers mois au point de vue anatomo-pathologique), par E. G. ORTHMANN (*Ibidem*, XX, 1).

III. — Zur Anatomie der schwangeren Tube (Anatomie pathologique de la grossesse tubaire), par G. KLEIN (*Ibidem*, XX, 2).

I. — Ce travail est basé sur l'examen anatomique de trois grossesses tubaires des premiers mois. Le microscope permet d'établir le diagnostic de la grossesse tubaire en décelant la présence des villosités choriales ou de leurs produits de transformation. Les villosités peuvent manquer en certains points, être altérées en d'autres. Leur épithélium, au contact du sang, se gonfle et se modifie ; les noyaux de ses cellules persistent parfois longtemps, mais peuvent aussi disparaître ; la couche épithéliale prend alors un aspect strié et homogène. Quant à la substance fondamentale des villosités, elle peut devenir granuleuse, trouble ; les noyaux cellulaires perdent la faculté de se colorer et disparaissent. Toutes ces modifications ne s'accomplissent pas d'une façon successive et régulière, et les lésions varient selon les points.

Les vaisseaux sanguins des villosités ne présentent pas de caractères assez définis pour permettre d'affirmer le diagnostic, car les caillots fibrineux présentent souvent des fentes qui ont le même aspect que ces vaisseaux. La présence des cellules déciduales n'a de valeur au point de vue du diagnostic que lorsque l'œuf est tombé dans le péritoine.

Un hématome tubaire où on ne trouve ni villosités choriales ni cellules déciduales peut cependant appartenir à une grossesse tubaire, dont, avec le temps, tous les traits caractéristiques se sont profondément altérés.

II. — Orthmann s'efforce d'établir, à l'aide du microscope, le diagnostic entre un hémato-salpinx et une grossesse tubaire au début. Il a fait à la clinique de Martin dix examens de pièces provenant de femmes opérées.

rées de grossesse tubaire, entre le premier et le deuxième mois. Il résume ainsi ses recherches :

Quand il existe à l'intérieur de la trompe un caillot dur, organisé, on peut très vraisemblablement admettre qu'il s'agit d'une grossesse tubaire. L'hématocèle intra-péritonéale qui coexiste avec une grossesse tubaire provient ou d'une rupture du sac ou d'une issue de l'œuf vers l'abdomen par le pavillon de la trompe. — La présence de cellules déciduales n'est pas absolument nécessaire pour permettre d'affirmer la grossesse tubaire. — On retrouve des villosités choriales dans tous les cas de grossesse tubaire dans les premiers mois.

III. — Il s'agit également, dans le mémoire de Klein, de recherches anatomo-pathologiques sur la grossesse tubaire ; elles ont porté sur des préparations provenant d'une femme morte subitement de la rupture d'un kyste fœtal tubaire. En voici le résultat :

L'œuf fécondé peut s'enkyster dans un repli de la trompe et s'y développer. La trompe se dilate et s'amincit, sauf au point d'implantation de l'œuf, où sa paroi s'hypertrophie ; plus tard, l'œuf grandissant, cette paroi hypertrophiée s'amincit à son tour. La caduque tubaire diffère de la caduque utérine par deux caractères : 1° il existe du tissu conjonctif disséminé entre les amas de cellules déciduales ; 2° entre la muqueuse et la musculuse se trouve une couche de transition, sorte de sous-muqueuse, où sont entremêlés des vaisseaux conjonctifs et musculaires et des cellules déciduales. Les villosités choriales et la caduque tubaire ont des connexions très intimes. La caduque prolifère et envoie entre les villosités des prolongements qui les enveloppent, les compriment et peuvent produire des infarctus nécrosiques.

Klein n'a pas trouvé de caduque réfléchie dans le cas qu'il relate ; c'est là un fait admis par la plupart des auteurs.

Les modifications de l'épithélium de la caduque tubaire, qui de cylindrique devient cubique et pavimenteux, sont les mêmes que dans la grossesse utérine et constituent un signe caractéristique de grossesse. Les vaisseaux tubo-placentaires s'ouvrent librement dans les espaces intervillositaires. L'absence de caduque réfléchie donne au placenta un caractère spécial.

CH. MAYGRIER.

Fall von Extrauterinschwangerschaft und Darmperforation. Laparotomie...

(Grossesse tubaire rompue dans le gros intestin. Laparotomie. Guérison), par FLOTHMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 44, p. 1024, 3 novembre 1890).

Nullipare, ayant depuis 6 ans 1/2 une tumeur abdominale pour laquelle Loehlein lui fit, en mai 1889, une laparotomie sur la ligne blanche ; l'existence de nombreuses adhérences intestinales et l'aspect cachectique de la malade firent supposer à Loehlein qu'il se trouvait en présence d'une tumeur cancéreuse qu'il jugea inopérable.

Le 4 septembre suivant, rupture du kyste fœtal dans le haut de l'S iliaque. Par le procédé d'exploration de Simon, Flothmann reconnut que l'orifice de perforation, à peine franchissable pour deux doigts, se trouvait à 25 centimètres au-dessus du sphincter et que l'une des tubérosités pariétales du crâne fœtal était au niveau de l'orifice intestinal. Le 30 septembre, il fit une laparotomie en incisant le muscle grand droit, avec l'intention de suturer le kyste fœtal dans la plaie avant de l'ouvrir. Il dut renoncer à ce plan vu la

fixation de la tumeur dans le bassin, par de nombreuses adhérences intestinales.

Il incisa successivement l'ovaire droit placé au-devant du kyste, puis celui-ci et retira plusieurs poignées de matières et d'os. Un des pariétaux dont les dentelures s'étaient enfoncées dans les parois kystiques dut être broyé avec la pince et extrait en menus fragments ; 3 forts fils de soie furent passés à travers les lèvres de l'ouverture faite au kyste pour l'attirer. 50 aiguilles, placées sur la périphérie de la plaie du kyste, le fixèrent aux lèvres de la plaie des parois abdominales et la séreuse du kyste fut suturée au péritoine pariétal, après que la plaie des parois abdominales eut été refermée autant que possible.

Le kyste fœtal avait des parois épaisses de 1 centimètre $1/2$, revêtues extérieurement par la séreuse, intérieurement par une muqueuse offrant l'aspect de celle du gros intestin ; il n'existait ni tissu de granulations, ni plaques calcaires, ni pétrifications. L'ovaire droit se trouvait en dedans du kyste qui adhérait à l'intestin grêle, à l'utérus et à la vessie ; l'utérus était à gauche et en arrière ; l'ovaire gauche ne fut pas retrouvé au sein des adhérences. Il s'agissait d'une grossesse de la trompe droite.

Guérison sans incidents. Durant les trois premières semaines, l'orifice de perforation du gros intestin servit à l'évacuation des matières.

Comme Loehlein dans le cas présent, Werth et Peter Müller ont fait la laparotomie pour des grossesses extra-utérines rompues dans le rectum, mais se trouvant en présence de nombreuses adhérences intestinales, ils ont renoncé à poursuivre l'opération.

Flothmann émet l'avis qu'en cas de rupture dans le gros intestin, on pourrait utiliser l'opération de Kraske et de Bardenheuer pour l'extirpation du rectum.

J. B.

Contribution à l'étude de la laparotomie dans la grossesse extra-utérine, par
REGNAULD (*Thèse de Paris, 1891*).

Après avoir rappelé combien est considérable la mortalité dans les cas de grossesse extra-utérine, quand il n'y a pas d'intervention, Regnauld envisage d'abord l'insuffisance et les dangers de l'élythrotomie dans la plupart des cas, puis il donne le résumé de 150 observations de laparotomie, dont la critique l'amène aux conclusions suivantes : Dès que le diagnostic de grossesse extra-utérine est établi, il convient d'intervenir chirurgicalement à toutes les périodes, avec ou sans complications.

Dans la très grande majorité des cas, même simples, de grossesse extra-utérine, c'est à la laparotomie qu'il faut recourir. L'extraction immédiate du placenta est indispensable ; l'ablation de la poche sera faite toutes les fois quelle est possible.

OZENNE.

MALADIES DES ENFANTS.

Ueber cerebrale Kinderlähmung, par SACHS (*Berlin. klin. Woch.*, n° 40, p. 929, 6 octobre 1890).

Sachs a fait l'autopsie de 103 cas de paralysie cérébrale infantile et trouvé, comme lésions principales, des embolies, des thromboses et des hémorragies. Il a noté plusieurs fois de l'agénésie corticale; l'arrêt de développement portait sur les éléments les plus fins. Dans un cas, il a constaté une vaste méningo-encéphalite déterminée par une hémorragie qui avait produit un aplatissement énorme des deux hémisphères. Il s'agissait d'un enfant de 1 an, dont l'accouchement avait duré 48 heures et qui était paralysé des extrémités; la mort arriva à la suite d'une série d'attaques.

J. B.

Note sur les paralysies obstétricales des nouveau-nés, par COMBY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 janvier 1891).

Comby rapporte trois observations de paralysie des membres supérieurs; dans un cas la paralysie était bilatérale. Il s'agissait d'un enfant de 6 mois, né d'une mère rachitique, venu par le siège, en état de mort apparente. La paralysie des membres supérieurs est complète; la sensibilité au pincement et à la piqure paraît abolie; aucun muscle ne réagit à la secousse faradique. Pas d'atrophie apparente, ni de changement de couleur à la peau. Le traitement par la faradisation, le massage, les bains salés, pendant huit mois, n'amena aucune amélioration. Comby admet qu'il s'agit d'une paralysie radiculaire totale, paralysie d'Erb.

H. L.

Tetanoid convulsions in an infant; operation; recovery (Convulsions tétaniques chez un nouveau-né; résection de l'ombilic. Guérison), par RONALDSON (*Edinburgh med. journal*, t. II, p. 330, octobre 1890).

Né le 8 décembre 1886, l'enfant avait un cordon exceptionnellement gras. Le petit malade, d'une santé merveilleuse en dehors de ses crises, fut vu par Ronaldson le douzième jour, deux jours après le début des accidents. Les convulsions étaient localisées dans le côté gauche, et caractérisées par des convulsions musculaires toniques auxquelles succédaient des mouvements cloniques très marqués. Le cordon n'était pas détaché; d'une coloration noirâtre, il exhalait une odeur infecte de putréfaction, à sa base se trouvait le sillon normal d'élimination. On complète la séparation et on ordonne des lavages avec le sublimé. Malgré cela, les attaques augmentaient de nombre : 204 dans les vingt-quatre heures; la langue devenait bleue et l'opisthotonos s'accroissait. L'alimentation ne pouvait se faire qu'entre deux attaques.

Brackenridge et Chiene décidèrent de faire la résection de l'ombilic. Dès ce moment, les attaques diminuèrent. Après l'ablation des points de suture, elles devinrent plus rares encore, sans totalement disparaître. Ce ne fut qu'après la guérison complète de la petite plaie opératoire qu'elles ne réapparurent plus.

L'auteur attribue ce bon résultat à l'excision du point de départ des réflexes; Brackenridge pense qu'il est dû plutôt à l'absorption par la plaie de l'acide phénique et à l'administration à l'intérieur du sulfo-carbonate de soude qu'on avait donné à l'enfant.

En terminant, ce fait indique la nécessité de traiter antiseptiquement le cordon des nouveau-nés. L'auteur en fait la ligature avec de la soie au sublimé et fait des lavages avec la solution de sublimé. F. VERCHÈRE.

De l'état syncopal subintrant chez l'enfant à la mamelle, par DAUCHEZ (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, n° 7, p. 105, 1891).

Deux fois cet état était dû à la pneumonie, une fois il est survenu au cours d'une coqueluche, une fois enfin il était déterminé par une myocarde compliquant une fièvre typhoïde.

Cet état syncopal présente comme particularités :

1° La jeunesse du sujet et l'apparition au cours de maladies générales infectieuses; 2° les convulsions précédant la syncope; 3° l'hyperthermie continue en dehors des crises syncopales; 4° l'hypothermie prolongée au moment des syncopes. G. LYON.

Idiopathische Tetanie im Kindesalter (Tétanie idiopathique chez les jeunes enfants), par ESCHERICH (*Wien. klin. Wochenschr.*, n° 40, 1890).

Escherich a observé trente cas de tétanie chez des enfants de 8 à 24 mois. Ils présentaient les signes de Trousseau et de Weiss, mais par contre les contractures spontanées ne se sont montrées qu'au début et pendant peu de temps; parfois même elles ont manqué. Vingt-quatre enfants ont eu des complications laryngiennes et deux en sont morts. La guérison dans les autres cas a été complète au bout de 10 à 19 jours. Il n'a pas été possible de reconnaître quelle était la cause de cette épidémie.

Il est bien probable que tétanie et spasme de la glotte sont les symptômes d'une même affection. Le spasme de la glotte serait de la tétanie fruste; car dans tous les cas qu'il a observés, Escherich a réussi à produire les signes de Trousseau et de Weiss. LEFLAIVE.

Chorea minor in ihren Beziehungen zum Rheumatismus und zu Herzklappenfehlern, par P. MEYER (*Berlin. klin. Woch.*, n° 28, p. 628, 14 juillet 1890).

Sur un total de 18,074 enfants traités en cinq ans à la polyclinique de la Charité de Berlin, Meyer en a compté 121 atteints de chorée, soit une proportion de 0,6 0/0.

Onze de ces enfants choréiques étaient en outre rhumatisants, soit une proportion de 9 0/0; 3 (soit 2 0/0) avaient à la fois une chorée, du rhumatisme et une affection organique du cœur; enfin, 13 avaient seulement la chorée et l'affection cardiaque (10 0/0). J. B.

Halbseitige Lähmungen bei Oberlappenpneumonien der Kinder (Paralysies unilatérales dans les pneumonies du sommet chez l'enfant), par AUFRECHT (*Archiv f. Kinderheilkunde*, XI, 9).

1° Garçon, 21 mois, pneumonie adynamique du sommet droit. Au huitième jour, hémiplégie gauche totale. Le dixième jour, défervescence. L'hémiplégie

totale ne commence à diminuer qu'au quinzième jour; sa disparition ne fut complète que deux semaines après.

2° Pneumonie du sommet droit avec fièvre intense et convulsions généralisées. Hémiparésie gauche qui se dissipa après quelques heures.

Aufrecht attribue ces paralysies à un œdème cérébral dû à la modification apportée par la pneumonie dans la composition chimique du sang et à la transsudation qui résulte de cette modification. Il rejette l'opinion de Lépine (ischémie cérébrale) et celle de Stephan (toxine pneumonique passant dans le sang et agissant sur le système nerveux). A.-F. PLICQUE.

Remarks on the barking cough of the puberty (Remarques sur la toux aboyante des adolescents), par Andrew CLARKE (*Brit. med. j.*, p. 1416, décembre 1890).

Clarke publie l'observation de trois adolescents qui, vers l'âge de 12 à 15 ans, furent pris de quintes de toux convulsive, simulant à la fois la toux de la coqueluche et l'aboiement de la laryngite striduleuse, avec cyanose tendance aux convulsions et à l'asphyxie. Ces crises ont persisté toujours plusieurs mois, parfois plus d'un an. Les enfants en question étaient des nerveux, mais pas toujours nécessairement : une quatrième observation a trait à un garçon de 15 ans nullement impressionnable. La guérison est toujours survenue, mais lentement, sauf dans le cas d'une petite fille qui cessa d'avoir des quintes, de frayeur d'une opération.

Le traitement est surtout suggestif : il consiste en hygiène, application de cocaïne sur la gorge, bromure de sodium et quinine, arsenic et valérienate de zinc, enfin hydrothérapie.

H. R.

I. — Hydatid of the lung, par BRISTOWE (*Brit. med. j.*, p. 1426, 20 décembre 1890).

II. — Abscess of the lung : drainage, recovery, par Herbert HAWKINS (*Ibidem*, p. 1427, 20 décembre 1890).

III. — Case of empyema in which a communication was established with the œsophagus, par A. F. VOELKER (*Ibidem*, p. 1427, décembre 1890).

IV. — Double empyema treated by drainage, par Sydney COUPLAND et Pearce GOULD (*Ibidem*, p. 1426, 20 décembre 1890).

V. — A case of double empyema, par WESTBROOK (*N. York med. journ.*, p. 487, 1^{re} novembre 1890).

I. — Enfant de 9 ans. Douleur de côté et toux, survenant sans cause au milieu d'une parfaite santé. Constataction de signes de pleurésie du côté gauche à la base, matité, sonorité skodique sous-claviculaire, déplacement du cœur à droite.

Ponction aspiratrice au-dessous de l'angle de l'omoplate gauche. Tout d'abord écoulement d'un liquide clair et transparent; puis brusquement le jet s'arrête. A ce moment, un flot de liquide analogue s'échappe à travers la bouche du malade qui se cyanose et meurt sept minutes après la ponction.

L'autopsie révéla un kyste hydatique qui s'était ouvert dans une bronche.

Des faits semblables de mort subite après ponction de kystes hydatiques, ont été publiés par Acland, Waller et Phillips.

II. — Garçon de 14 ans, souffrant d'un point de côté depuis trois semaines avec dyspnée, frissons et fièvre hectique : fétidité de l'haleine et des crachats qui ont l'aspect gangréneux. Les signes physiques étaient peu prononcés ;

submatité circonscrite de la région axillaire gauche et faiblesse du murmure vésiculaire à ce niveau : parfois, mais rarement, souffle caverneux profond. Le 29 juillet, vomissement de quatre onces de pus. Une aiguille aspiratrice est introduite au-dessous du point où l'on percevait le souffle, et l'on retire du pus à deux pouces environ de profondeur. Incision du poumon et drainage à ce niveau. Deux jours après, développement d'une pleurésie purulente que l'on incise aussi loin que possible de la plaie pulmonaire. A partir de ce moment, cessation de la toux et de l'expectoration. Le 15 septembre les deux drains sont enlevés et la guérison est complète.

III. — Enfant de 6 ans, entré à l'hôpital pour de la toux, une expectoration purulente et sanguinolente, des sueurs nocturnes et de l'amaigrissement. Début, un an auparavant, par de la toux et un point de côté : à deux reprises différentes depuis lors, vomiques fétides. Matité à gauche de la poitrine, cœur refoulé à droite. Ponction exploratrice ramenant du pus fétide au niveau de l'angle de l'omoplate. Résection d'une côte et empyème, lavages ; amélioration et guérison prochaine, traversée par une diphtérie dont l'enfant guérit. On constate, un mois plus tard, une aggravation, et l'on s'aperçoit que la nourriture avalée s'échappe en partie par le drain pleural. A plusieurs reprises, amélioration par un régime absolument solide, et des injections antiseptiques pleurales. Finalement, tentative infructueuse de gastrostomie et mort. A l'autopsie, mal de Pott, érosion des cinquième et sixième vertèbres dorsales, ulcération de l'œsophage à ce niveau, kyste purulent pleural : dégénérescence du foie et des reins. Pas de tuberculose pulmonaire.

IV. — Enfant de 7 ans, atteint en novembre 1888, d'une double broncho-pneumonie, suivie d'un épanchement pleurétique double, constaté pour la première fois à la fin de décembre. Traitement par les ponctions aspiratrices successives à droite et à gauche, répétées pendant quatre mois : émaciation progressive de l'enfant et fièvre hectique. On le transporte à l'hôpital à la fin d'avril, et en mai on lui fait l'empyème d'abord à droite, puis huit jours après à gauche, avec résection d'un fragment de côte. Guérison régulière et complète le 6 août.

H. R.

V. — Fille de 4 ans chez qui l'auteur diagnostique, le 15 février, une pneumonie droite ; pas d'expectoration. Le 5 mars, la ponction faite du même côté fournit du pus ; le 6, pleurotomie dans le sixième espace et drainage.

Cependant la fièvre ne cesse pas. La température oscille entre 100 et 102 degrés F. ; le pouls entre 120 et 130 ; la respiration entre 50 et 60. Lavages au sublimé.

Le 12 mars, on ponctionne le côté gauche et l'on obtient cinq onces de pus. Le 27, évacuation de six onces. La fièvre persiste. Respiration, 60 à 70. Nouvelles ponctions le 12 avril et le 19 avril.

Comme l'état de l'enfant ne s'améliore pas, on pratique, le 6 mai, la pleurotomie du côté gauche ; le pus est fétide. Drainage ; lavages quotidiens au sublimé.

Le drain du côté droit est enlevé le 8 juin (après trois mois) et celui du côté gauche, le 22 juin (sept semaines après la pleurotomie). L'enfant guérit complètement.

L. GALLIARD.

Beitrag zur Behandlung des Cholera Infantum, par G. RHEINER (*Therap. Monatsh.*, janvier 1891).

Parmi les dyspepsies gastro-intestinales causées par une alimentation vicieuse ou surabondante, il faut distinguer : 1° la dyspepsie due au sucre de lait qui se traduit par une hyperacidité (fermentation acide microbienne, avec nausées, vomissements acides), tympanisme stomacal aboutissant à la dilatation, et catarrhe intestinal ; 2° la dyspepsie des féculents

avec selles très fétides et entérite à tendance chronique. De leur nature se déduit naturellement le traitement, surtout diététique en l'espèce. Le choléra infantile doit être rapporté à une infection, dont le lait est le véhicule. Sa plus grande fréquence en été s'explique par l'action favorisante de la chaleur sur les cultures microbiennes dans le lait. Ses symptômes s'expliquent par la résorption des produits qui naissent dans les actes fermentatifs de l'intestin. Les cas à marche foudroyante semblent relever d'un processus un peu différent et être l'expression d'une infection spéciale.

Au point de vue du traitement, comme les hydrates de carbone et le sucre de lait sont des milieux de culture très favorables au développement des bactéries intestinales et apportées par l'alimentation, on donnera du thé léger, de l'eau albumineuse. Le lait d'une nourrice est cependant souvent fort utile. Le lavage de l'estomac est surtout indiqué lorsqu'il existe des signes de fermentation et de stagnation de ce côté (lavage simple, ou avec la résorcine 0,05 0/0, ou le benzoate de soude 20/0). Voilà pour l'antisepsie stomacale (le lavage ne peut être employé quand il y a menace de collapsus). Pour l'antisepsie intestinale, on emploiera au début le calomel.

Il faut, d'autre part, favoriser l'élimination des ptomaïnes, et, pour cela, augmenter la diurèse. Les lavements sont un excellent moyen. Lavements tièdes de 200 à 250 grammes au maximum. Ils provoquent souvent, au début, d'abondantes évacuations.

PAUL TISSIER.

Péritonite aiguë terminée par une perforation cutanée, par MERCIER (*Revue méd. Suisse romande*, X, 682, novembre 1890).

Garçon de onze ans malade depuis huit jours : douleurs de ventre, puis diarrhée durant plusieurs jours, à laquelle a succédé une constipation opiniâtre pendant six jours.

Etat le 12 octobre : Vomissements incessants, jaunes et verts. Voussure sous-ombilicale. Selles décolorées. Le 20, les douleurs se localisent dans la fosse iliaque droite. Vésicatoire. Le 23, l'abdomen est plus souple : masse rénitente dans la fosse iliaque droite avec submatité. Badigeonnages iodés.

Le 12 décembre, peau de l'ombilic rouge et douloureuse. Il s'y est formé une petite tumeur du volume d'une cerise, molle, élastique, dont l'incision donne issue à du pus crémeux. Cataplasmes sous lesquels le pus continue à suinter.

Dès ce moment, l'enfant est soulagé; au bout de peu de jours, il se lève; l'induration de la fosse iliaque a diminué. L'enfant, qui était très maigre, a repris de l'embonpoint. (*R. S. M.*, VII, 274; VIII, 645, et XXXII, 193.) J. B.

Ueber Indicanurie im Säuglingsalter (Indicanurie des nourrissons), par HOCHSINGER (*Wien. med. Presse*, n° 40, p. 1569, 1890).

A l'état normal, l'urine des nouveau-nés ne contient pas d'indican. Pendant la première année de la vie, les enfants nourris au sein n'ont que très rarement de l'indican dans l'urine; les enfants nourris au biberon en présentent parfois des traces.

Chez les nourrissons, les dyspepsies et les diarrhées simples, la constipation habituelle ne provoquent pas l'indicanurie; celle-ci existe dans la gastro-entérite et surtout dans le choléra infantile.

Quand il n'y a pas d'affection de cet ordre, l'indicanurie doit faire penser à un trouble sérieux de la nutrition, spécialement à la tuberculose.

Les enfants plus âgés se comportent comme les adultes. L'indicanurie est, chez eux, passagère et dépend de l'alimentation. L. GALLIARD.

Ueber Ikterus Neonatorum, par CNOFF (*Münchener med. Wochenschrift*, 21 et 28 avril 1891).

Les scléroses syphilitiques du foie (Wagner), les malformations congénitales des voies biliaires (Meyer, Lotze) peuvent donner lieu chez le nouveau-né à un ictère chronique. Le cas que rapporte Cnopf rentre dans cette dernière catégorie, mais il existait en outre une cirrhose diffuse du foie avec néoformation de canaux biliaires et atrophie des cellules hépatiques. Ces dernières lésions seraient, d'après l'auteur, consécutives à la malformation des voies biliaires. C. LUZET.

I. — De l'emploi de l'acide lactique dans la diarrhée verte, par THOMAS (*Revue médic. Suisse romande*, X, 677, novembre 1890).

II. — Zur Behandlung der Sommerdiarrhœ der Kinder, par Edmond WEBER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 21, p. 698, 1^{re} novembre 1890).

I. — Thomas a employé avec succès, chez une cinquantaine de nourrissons atteints de dyspepsie ou de diarrhée verte, l'acide lactique. Les vomissements cessent très rapidement et, dans la diarrhée verte, la fluidité des selles disparaît après trois ou quatre prises du médicament ; puis les selles redeviennent jaunes et enfin diminuent de fréquence. (*R. S. M.*, XXXI, 158 et XXXII, 105.) J. B.

II. — D'après deux cas de choléra infantile où le bismuth, le nitrate d'argent et le calomel avaient été infructueux, Weber préconise l'emploi du salol à la dose de 20 ou 25 centigrammes chez des enfants de 4 mois et demi et 16 mois. (*R. S. M.*, XXXII, 105 et XXXIII, 82.) J. B.

Les anémies de la première enfance et l'anémie infantile pseudoleucémique, par Ch. LUZET (*Thèse de Paris*, 1891).

L'étude anatomique du sang, du suc des organes hématopoétiques, des coupes du foie, de la rate et de la moelle des os, faite chez les animaux nouveau-nés et des fœtus humains a montré à Luzet que tous ces organes fabriquent des cellules rouges par un seul et même procédé : c'est-à-dire aux dépens de grandes cellules à noyau polymorphe, qui se segmentent en petites cellules hyalines, lesquelles se déversent dans des sinus sanguins sans parois propres, où elles achèvent leur évolution se chargeant d'hémoglobine où elles subissent une multiplication par karyokinèse. Les cellules rouges passent comme telles dans le torrent circulatoire et ne s'y transforment pas en globules rouges discoïdes.

Les anémies du nourrisson provoquent facilement, en ramenant l'état fœtal des organes hématopoétiques, le passage des cellules rouges dans le sang en circulation.

Une lésion macroscopique des organes hématopoétiques, dont la plus appréciable est l'hypertrophie de la rate, facilite grandement ce passage.

Il existe d'autre part une maladie du nourrisson, spéciale à cet âge, voisine de la leucocythémie, sinon identique avec elle à laquelle Luzet donne avec v. Jaksch le nom d'anémie infantile pseudo-leucémique, où l'on observe l'association de l'anémie avec une tuméfaction de la rate, une leucocytose modérée et la présence dans le sang d'un grand nombre de cellules rouges dont beaucoup présentent des phénomènes de karyokinèse. Dans cette maladie on observe un retour à l'état fœtal de la fonction des organes hématopoétiques. Cette reviviscence peut s'étendre au foie hématopoétique dans les premiers mois de la vie, et c'est là un fait spécial à cette forme morbide. C'est la moelle des os qui fournit la majeure partie des cellules rouges que l'on trouve dans le sang.

Il se fait probablement aussi dans ce syndrome morbide une multiplication des cellules rouges dans le sang lui-même. Cette multiplication se fait par karyokinèse. Cette anémie peut arriver à la guérison ; mais elle peut aussi se transformer en leucémie.

L'examen histologique clinique du sang permet de différencier cette forme d'anémie des autres hypoglobulies infantiles avec mégalosplénie. L'absence de lésions ganglionnaires et de leucocytose la distingue des formes pures de la leucocythémie. L'existence de formes intermédiaires entre l'anémie infantile pseudo-leucémique vraie et la leucémie vraie, plaide, comme certains de ses modes de terminaison, en faveur de l'identité de ces deux maladies ; mais celle-ci ne peut être prouvée en l'absence de la notion étiologique prochaine qui fait défaut aussi bien pour l'une que pour l'autre. Le traitement doit, jusqu'à nouvel ordre, se confondre avec celui de la leucémie vraie.

A.-F. PLICQUE.

Die neuere antipyretische Behandlung im kindlichen Alter, par HAGENBACH
(*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 21, p. 689, 1^{er} novembre 1890).

De 1869 à 1884, dans le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants, la médication avait consisté en bains froids et en l'administration de quinine et de salicylate de soude. La mortalité était de 6,4 0/0. Avec le cours des années, le rôle de l'hydrothérapie fut de plus en plus restreint.

De 1885 à 1889, c'est à l'antipyrine, à l'antifébrine et à la phénacétine qu'Hagenbach a eu recours chez ses petits typhoïdiques. Les bains furent donnés plus rarement et à température moins froide. Sur 94 malades il n'y a eu que 2 décès, soit une mortalité de 2,13 0/0 qui est la plus basse qui ait été citée dans l'enfance (méningite basilaire et perforation intestinale).

Antipyrine. — Hagenbach recommande les doses suivantes, administrées en une ou deux heures : de 50 centigrammes à 1 gramme, de 2 à 5 ans ; à 1^{gr},50, de 6 à 8 ans ; de 1 à 3 grammes, de 9 à 15 ans. Il a peu à peu renoncé à l'antipyrine qui occasionne assez souvent des vomissements et très fréquemment abolit l'appétit.

Antifébrine. — Au-dessous de 2 ans, de 5 centigrammes à 10 centigrammes ; de 2 à 8 ans, de 10 à 20 centigrammes ; de 9 à 15 ans

jusqu'à 30 centigrammes. La rémission fébrile, généralement très marquée à ces doses, persistait jusqu'à neuf heures de temps. Frissons, cyanose et vomissement fort rares. Chez les pneumoniques et les scarlatineux, l'emploi de l'antifébrine doit être beaucoup plus réservé.

Phénacétine. — De 2 à 5 ans, 10 à 20 centigrammes; de 6 à 8 ans, 20 à 40; de 9 à 11 ans, 20 à 50; de 12 à 15 ans, 30 à 50 centigrammes. Sueurs et cyanose assez fréquentes après l'emploi de ce médicament; 3 cas d'exanthème.

En somme, chez les enfants, la phénacétine est préférable à l'antipyrine, mais est très inférieure à l'antifébrine.

L'action fébrifuge de ces trois médicaments dépend essentiellement de la période de la maladie et de l'époque de la journée où ils sont administrés; le soir et à une période avancée de la fièvre typhoïde, il faut de moindres doses pour obtenir le même résultat qu'au début de la maladie et à la période quotidienne d'augmentation de la fièvre. Tous trois sont inoffensifs et sans phénomènes accessoires fâcheux, si l'on s'en tient aux doses ci-dessus. L'antipyrine convient le moins chez les enfants, à la fois à cause de son mauvais goût, des nausées, des vomissements et des éruptions qu'elle détermine; dans beaucoup de cas, elle sera administrée avantageusement en lavements. C'est l'antifébrine qui a donné les rémissions les plus durables sans causer d'exanthèmes.

Mais on n'est pas autorisé à conclure des résultats obtenus dans la fièvre typhoïde pour les autres affections fébriles aiguës. Dans la diphtérie, la pneumonie et la scarlatine, l'emploi des antipyrétiques exige une double prudence chez les enfants.

Dans la discussion, Rüttimeyer déclare avoir poursuivi ses expériences thérapeutiques sur la thalline (*R. S. M.*, XXXI, 85), dont il a abaissé les doses. Il n'a pas constaté que ce soit un poison du sang. (*R. S. M.*, XXXV, 757.) Mais ce traitement de la fièvre typhoïde, qui est excellent, ne convient que pour l'hôpital.

J. B.

Bakteriologische Untersuchungen über septische Processe des Kindesalters, par V. BABES (*Leipzig* 1889 et *Berlin. klin. Wochens.*, 24 novembre 1890).

Babes a pratiqué systématiquement des recherches bactériologiques dans 112 autopsies d'enfants de l'hôpital de Buda-Pesth; la majorité des petits malades avait succombé à des processus septiques consécutifs à la scarlatine, à la diphtérie ou à des traumatismes. L'agent de ces processus était rarement une espèce unique de bactérie; généralement Babes a trouvé plusieurs espèces bactériennes, soit dans le même organe, soit dans des organes différents.

Un premier groupe, qui est le plus important, est formé par les micro-organismes du pus, surtout les streptocoques. D'après Babes, dans les cas de scarlatine même non compliqués, la présence du streptocoque pyogène est constante; aussi est-il disposé à admettre que tout le processus scarlatineux ne représente qu'un mode spécial d'infection par les streptocoques.

Un deuxième groupe est constitué par les bacilles saprogènes analogues aux bactéries intestinales; ils se multiplieraient, d'après Babes, dans des foyers de mortification locale et acquerraient ainsi la faculté de

pénétrer dans les tissus vivants de l'organisme et de s'y révéler par des effets pathogènes.

Le troisième groupe est représenté par les bactéries septiques, au sens de Koch. Babes a réussi à en cultiver huit espèces diverses, parmi lesquelles une identique au bacille de la septicémie des lapins de Koch et Gaffky.

J. B.

Ueber die letzte Masernepidemie (La dernière épidémie de rougeole à Berlin), par HENOCH (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 1, p. 19, 5 janvier 1891).

Henoch a traité dans cette dernière épidémie, 294 petits morbilleux, dont 133 au-dessous de 2 ans qui ont offert une mortalité de 55 1/3 0/0, et 161 de 2 à 11 ans, dont la mortalité n'a été que de 9 3/8 0/0. A l'autopsie, il s'agissait toujours de bronchopneumonie (sauf 1 fois une pneumonie franche); dans 14 cas, il y avait complication de diphtérie.

Dans le stade prodromique, il y a eu assez souvent des rash, papuleux, érythémateux ou même ortiés; le tacheté palatin n'a pas été constant. L'éruption morbilleuse achevée, la fièvre dans quelques cas a persisté encore plusieurs jours, en baissant graduellement et finalement en n'existant plus que le soir; il est bien entendu qu'elle ne s'expliquait ici par aucune complication. Chez un quart des malades, l'exanthème avait le caractère hémorragique, mais aucun n'a eu d'hémorragies par d'autres voies. Durant les premiers jours, Henoch a observé plusieurs fois la laryngite fibrineuse ou croup non diphtéritique, qui a réclamé deux fois la trachéotomie; 18 enfants ont présenté une complication de diphtérie vraie, et 14 y ont succombé. Parfois la conjonctive a été le siège premier des fausses membranes. Au moment où la fièvre était intense, il y a eu quelquefois de l'albuminurie sans importance.

Parmi les affections consécutives, on doit citer les adénites sous-maxillaires qui ne sont devenues phlegmoneuses que chez 3 enfants. Un enfant de deux ans a eu, 14 jours après l'éruption, un abcès rétro-pharyngien. Les accidents gangréneux ont été rares: 1 cas de noma, 1 cas de nécrose du cartilage auriculaire et 2 cas d'ecthyma gangréneux du cuir chevelu, avec terminaisons heureuses. Du côté du système nerveux, on n'a noté qu'une manie transitoire après la chute critique de la fièvre et une paralysie des extrémités qui a fini par guérir après plusieurs mois.

Un enfant de 1 an et demi a eu, 15 jours après la rougeole, un mal de Wehrlof pendant 5 jours seulement; un garçon de 4 ans a eu une néphrite hémorragique.

Henoch a observé un cas de rechute qui s'est produit, après 3 jours d'apyrexie, avec fièvre s'élevant jusqu'à 39,4 et exanthème abondant. Chez 2 enfants qui avaient eu une pneumonie franche, la rougeole, apparue 7 et 10 jours après la crise, a eu une évolution parfaitement normale.

J. B.

Congenital stenosis of the duodenum, par EMERSON (*N. York med. journ.* p. 153, 9 août 1890).

Garçon issu de parents sains, pesant 8 livres 1/2, ayant, 33 heures après la naissance, une hématomèse; cet accident se renouvelle ensuite toutes les huit ou neuf heures. Pas de mélaena. Mort à l'âge de quatre jours dix heures.

Autopsie. Dilatation de l'estomac et de l'orifice pylorique; cet orifice a 2 centimètres de diamètre. La première portion du duodenum a un dia-

mètre de 3 centimètres. Au niveau de l'ampoule de Vater, oblitération presque complète du duodenum : on ne peut faire passer ni eau ni air, mais un stylet pénètre. L'estomac contient du sang. Il y a des érosions œsophagiennes. L'intestin est complètement vide; le meconium a été évacué et il n'y a pas pénétré de sang.

Il est impossible d'apprécier exactement les relations qui existaient entre le rétrécissement du duodenum et l'hémorragie œsophagienne.

L. GALLIARD.

Ein Fall von Trismus und Tetanus Neonatorum, par Adolf BAGINSKY (Berlin. klin. Wochens., n° 7, p. 176, 16 février 1891).

Une fille nouveau-née, dont le cordon ombilical s'était détaché le 4^e jour, refuse tout à coup le sein le 8^e jour : on remarque immédiatement une gêne de la succion et de la contracture dans les muscles de la mâchoire et du reste du corps.

Admission à l'hôpital dès le lendemain. Contracture extrême des mâchoires. Membres supérieurs légèrement fléchis mais à peine raidis, tandis que les membres inférieurs sont contracturés en extension. Rigidité des muscles du tronc. Peau un peu cyanosée; pas d'ictère. Faible sécrétion séro-sanguinolente au niveau de l'ombilic; 37°, 7.

Baginsky n'ayant jamais vu guérir le tétanos des nouveau-nés se décida, sous l'impression du travail de Behring et Kitasato (*R. S. M.*, XXXVII, 456) à prier ce dernier de faire, dès le soir même, à la petite malade, une injection sous-cutanée de 0,1 centimètre cube de sérum sanguin d'un lapin rendu réfractaire au tétanos.

10^e jour matin, 39°; 180 p.; 32 resp. Malgré une nouvelle injection, le soir la fièvre est encore plus grande (40°, 9) et la contracture des membres inférieurs est devenue telle qu'on soulève l'enfant tout d'une pièce, en le saisissant par une jambe; 192 puls. 88 resp. Légère teinte ictérique. Le 11^e et 12^e jour, 4 autres injections, les 2 premières de 0,25 centimètres cubes, les 2 dernières de 0,4. Mort le 12^e jour de l'existence, 4^e du tétanos.

Avec le liquide sécrété par la plaie ombilicale, Kitasato a ensemencé du sérum sanguin stérilisé et de l'agar-agar; il a obtenu ainsi des cultures pures du bacille de Nicolaïer qu'il a inoculées à des souris qui ont succombé à des accidents tétaniques.

Autopsie de l'enfant : Rien d'anormal dans les vaisseaux ombilicaux, en particulier; ni thrombus en voie de désagrégation, ni suppuration péritoine avoisinant intact. Légère injection des centres nerveux. Quelques foyers de bronchopneumonie. Substance corticale des reins un peu troublée.

Ni pendant la vie, ni après la mort, on n'a trouvé trace de destruction des hématies; les injections n'ont occasionné aucune inflammation locale. Aussi Baginsky n'est-il nullement découragé par l'insuccès de sa tentative thérapeutique qui s'explique peut-être par la trop petite quantité de sérum injecté : 1 et 1/2 centimètre cube pour une enfant pesant 3,000 grammes. J. B.

Impacted urethral calculus in a boy of three years, par GRANDALL (N. York med. Journ., p. 100, 26 juillet 1890).

Un garçon de 3 ans a dans l'urètre, à un quart de pouce du méat, un calcul qui s'oppose presque complètement au passage de l'urine depuis 72 heures. Avec quelque difficulté et non sans faire saigner l'urètre, on l'extrait à l'aide d'une pince. Cette opération met fin aux souffrances, à l'agitation du petit malade. Depuis plusieurs mois il avait des accès douloureux, dont on n'avait pas découvert la cause; on n'avait pas remarqué de modification de l'urine.

Le calcul a 5 lignes de long, 4 lignes de large; il pèse 4 grains $3/4$. Il est constitué par un noyau d'acide urique avec une enveloppe phosphatique.

L. GALLIARD.

Trephining the spine for fracture with dislocation of dorsal vertebrae, par KNOX (*Glasgow med. journ.*, avril 1891).

Enfant de treize ans qui a reçu une lourde masse sur le corps. Déplacement en arrière de la onzième vertèbre dorsale. Paraplégie motrice et sensitive, incontinence passagère d'urine. Opération trente-six heures après l'accident. Fracture du corps de la onzième vertèbre oblique en bas et en avant, fracture des pièces articulaires supérieures, déplacement des surfaces articulaires inférieures. Trépanation des lames de la onzième vertèbre. Extension de la colonne, mise en place des parties luxées. Le lendemain, retour de la sensibilité; le troisième jour, l'enfant remue les doigts de pied; pendant deux mois, c'est le seul mouvement qu'il peut faire. Puis il peut se tourner sur le côté; le cinquième mois, il remue les jambes et plie les genoux. Au bout d'un an, il fait quelques pas sans béquilles.

Le traitement post-opératoire a consisté dans le massage et l'électricité.

P. DUFLOCC.

De la cure radicale des hernies, particulièrement chez les enfants, par FÉLIZET (*Broch. Paris*, 1891).

L'auteur insiste d'abord sur la nécessité d'appliquer, et de faire longtemps porter, un bandage bien fait, et de n'agir que s'il est démontré que le bandage est insuffisant ou nuisible. C'est pour cela qu'on ne fait pas la cure radicale chez les enfants, avant l'âge de quatre à cinq ans, à moins d'y être obligé par quelque accident particulier.

Les règles qui doivent guider l'opération sont les suivantes : 1° opérer aussi rapidement que possible ; 2° respecter les vaisseaux et les nerfs du cordon ; 3° tenir l'intestin à l'abri de tout contact septique et de toute blessure ; 4° assurer l'oblitération parfaite du trajet inguinal ; 5° établir un *septum* puissant, plan, bien tendu et solidement appuyé, à la place de la dépression en entonnoir de l'orifice interne.

Depuis 1883, l'auteur employait, pour bien isoler très haut la partie supérieure du sac soigneusement disséqué, un procédé de torsion analogue à celui qui a été plus tard indiqué par Ball : torsion lente de six à huit demi-tours du collet, disséqué en pellicule, et embrochement de ce tortillon par un fil de soie traversant les piliers et perdu en dessous des sutures profondes.

Aujourd'hui, il se sert, pour disséquer facilement, rapidement et exactement le sac, d'un ballon de caoutchouc rouge, mince et souple, en forme de poire ; ce ballon reçoit à sa base, ou sur le côté, un tube de caoutchouc muni d'un robinet, pour établir ou interrompre à volonté la communication avec un insufflateur.

Le sac étant incisé, après exploration de sa cavité avec le doigt, on y introduit le ballon replié, en engageant la petite extrémité dans le trajet inguinal. Le ballon est alors gonflé et distend le sac ; il devient alors facile de disséquer exactement et d'isoler le collet jusqu'au-dessus de l'orifice interne. Pour cela, on peut imprimer deux ou trois tours de torsion à la pince, quand on est arrivé par la dissection jusqu'à la partie supérieure du sac ; on rugine alors avec l'ongle le pédicule au maximum d'amincisse-

ment; on peut, à ce moment, en toute sécurité, traverser ce pédicule avec une aiguille chargée d'un double fil et lier.

L'auteur conseille de faire la suture des piliers qui lui a toujours donné de bons résultats.

La durée du port du bandage nécessaire après l'opération diminue en raison directe de l'âge; avant quatre ans, il est absolument inutile de faire porter de bandage, en dehors d'une complication telle que coqueluche, bronchite, etc.

L'ouvrage se termine par l'histoire fort intéressante d'une double opération de cure radicale chez un enfant de huit mois, opération nécessitée par l'énorme volume des hernies et qui donna un excellent résultat.

G. WALTHER.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

A clinical study of pruritus hiemalis, par CORLETT (*Journ. of cut. and genit. ur. dis.*, février 1894).

L'auteur publie 3 cas de pruritus hiemalis. Il fait observer que l'état de la santé générale a peu d'influence. Un des cas observés chez un sujet affaibli montre que le prurit n'était pas plus intense en hiver que dans un moment où le malade était plus vigoureux. Du reste, les troubles des oxydations, la rétention biliaire ne sont pas plus fréquents chez les individus atteints de prurit que chez ceux qui ne présentent aucune affection cutanée. Une basse température, l'humidité, le vent du nord-est sont d'importants facteurs étiologiques. Ces influences sont favorables à l'évaporation, une basse température réduit l'activité de la peau à son minimum. La peau devient rude et les nerfs périphériques sont irrités. Le pruritus hiemalis est souvent associé à d'autres dermatoneuroses en raison de la susceptibilité particulière du système nerveux chez les sujets qui en sont atteints. On a préconisé l'ichthyol dans le traitement. L'auteur recommande aussi des applications de résorcine ou de menthol dissous dans la glycérine étendue d'eau. Tous ces traitements sont palliatifs: quelquefois un changement de climat peut être conseillé.

F. BALZER.

Ueber Lippenfrost (Sur la gelure des lèvres), par P. TAENZER (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, Band XII, n° 2).

Chez un malade observé par l'auteur, il se produit, chaque année, vers la fin d'octobre, dans le tiers moyen de la lèvre inférieure, une altération de la couche cornée de l'épiderme; elle se détache avec le doigt; cette desquamation se reproduit jusqu'à trois fois en peu de jours; les parties privées ainsi de leur épiderme deviennent très douloureuses; leur surface se dessèche; pendant de 6 à 8 jours, la partie malade est le siège de cuissons et de déman-

geaisons; sa couleur devient d'un rouge plus ou moins foncé; la lèvre se tuméfié à ce niveau et se renverse un peu en dehors; on y sent, par la palpation, une tuméfaction du volume d'une petite cerise, et de consistance pâteuse; bientôt une rhagade qui tend à se continuer avec le frein la divise en deux parties; les jours suivants, ces parties se dessèchent et l'épiderme s'exfolie de nouveau: la lèvre paraît d'abord revenue à son état normal, mais, sous l'influence du moindre mouvement, elle se fend de nouveau dans sa partie médiane et l'on voit se renouveler la même série de phénomènes. Le cycle symptomatique s'accomplit en 6 ou 8 jours de telle sorte qu'il se reproduit environ 20 fois pendant la saison froide. On peut accélérer la fermeture des rhagades par l'application d'emplâtre de gutta-percha au plomb et au baume du Pérou. D'après l'auteur, il s'agit là d'une véritable gelure. H. HALLOPEAU.

Sur la dermatose de Darier, par BUZZI et MIETHKE (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* XII, 1 et 2).

Les auteurs appellent à tort dermatose de Darier la maladie que cet auteur a dénommée *psorospermosse cutanée*; si la description des éléments qu'il a considérés comme des parasites lui appartient, il n'en est pas de même du type clinique qui était connu depuis la thèse, déjà ancienne, de Lutz.

Les auteurs n'acceptent pas l'interprétation de Darier, en effet ils ont reconnu que les éléments regardés comme parasitaires ont une membrane, un protoplasma et un noyau, et qu'ils présentent un processus de kératinisation; ils renferment de la kérato-hyaline et de l'éléidine. Ils résistent, sans éprouver la moindre modification, aux digestions artificielles. Les tentatives de culture n'ont donné que des résultats complètement négatifs; la maladie n'est nullement contagieuse. Les auteurs ont trouvé des éléments semblables dans un angio-kératome; d'après Unna, ils existent dans tous les produits de kératinisation de l'épiderme, dans toutes les cornes cutanées, dans l'onycho-gryphose ainsi que dans la plupart des hyperkératoses. Il est possible que ces hyperkératoses soient provoquées par des protozoaires, mais rien ne le prouve. H. HALLOPEAU.

I. — Sur la pathogénie et le traitement du prurigo de Hebra, par AUGAGNEUR (*Bull. de la Soc. de derm., avril 1891*).

II. — Sur le traitement du prurigo de Hebra, par TENNESON (*Ibidem, avril 1891*).

I. — Cette affection est liée vraisemblablement à une toxémie. Le traitement le meilleur est l'emploi à l'intérieur de l'acide phénique, de 20 à 80 centigrammes par jour. Les récidives, traitées dans les mêmes conditions, ont été de 18 0/0 avec l'acide phénique et de 28 0/0 avec les autres méthodes thérapeutiques.

II. — L'auteur a fait au prurigo de Hebra l'application des pansements occlusifs préconisés par Jacquet pour l'urticaire. L'enveloppement ouaté supprime le prurigo et le fait même disparaître pour un certain temps. Mais l'enveloppement par le caoutchouc donne d'aussi bons résultats et est d'un emploi plus commode. Le prurit ainsi supprimé ne reparait qu'après plusieurs jours, quelquefois même l'effet thérapeutique se maintient pendant des semaines et des mois entiers. F. BALZER.

Cas de kératodermie palmaire et plantaire occupant les orifices sudoripares,
par HALLOPEAU et CLAISSE (*Annales de Derm.*, mars 1891).

Cette lésion a été décrite par Besnier; elle se montre à la plante du pied droit chez le malade observé par les auteurs. Le processus est le suivant : dilatation des orifices sudoripares, hyperplasie et kératinisation de l'épiderme qui les entoure, accumulation de substance cornée dans la cavité des orifices; ceux-ci contiennent des petits godets cornés atteignant les dimensions d'un grain de millet ou de chènevis. Quelquefois ces godets manquent; il y a seulement dilatation des orifices sudoripares : c'est le cas à la main droite du malade. Hallopeau admet qu'il s'agit ici d'une variété de nævus, d'un trouble congénital de la kératinisation. F. BALZER.

Dermatomyositis acuta, par UNVERRICHT (*Deutsche med. Woch.*, p. 41, n° 2, 1891).

Sous le nom de dermatomyosite aiguë, l'auteur décrit une maladie infectieuse qui a porté à la fois sur la peau et sur le système musculaire.

Femme de 39 ans, mère de six enfants, atteinte le 17 octobre 1889 de gonflement des membres inférieurs et d'une éruption prurigineuse; trois jours plus tard survient la fièvre; puis le tronc est envahi.

Le 24 octobre, l'auteur constate l'œdème généralisé; au tronc et aux membres inférieurs existent des saillies de coloration bleu rouge, ressemblant à des plaques d'urticaire. Hyperesthésie; pas de paralysie; pas de fièvre.

Le 26, exaspération du gonflement de la face; l'éruption gagne les membres supérieurs; prurit insupportable. Ces phénomènes diminuent à partir du 29. Les masses musculaires sont sensibles à la pression et les mouvements sont généralement douloureux. Le 30, la malade quitte l'hôpital.

Elle accouche six semaines plus tard et revient le 10 avril 1890. Les muscles sont douloureux à la pression. Il y a de l'atrophie des deltoïdes; les autres muscles du côté gauche sont légèrement atrophiés. Ils réagissent normalement sous l'influence de l'électrisation. L'œdème a disparu, mais la peau des membres semble indurée.

L. GALLIARD.

A case of Hutchinson's « varicella prurigo », par GOLDENBERG (*N. York med. journ.*, p. 424, 18 octobre 1890).

L'auteur observe, chez une fillette de 2 ans, une éruption analogue à celle de la varicelle, ayant commencé aux poignets et à la paume des mains, s'étant étendue au cuir chevelu, à la face, au tronc, aux membres (en respectant les surfaces de flexion), à la plante des pieds, ne s'accompagnant pas de fièvre; les poussées se répètent pendant des semaines, de sorte qu'il y a là non pas une varicelle vraie mais une dermatose chronique. On note un prurit pénible et du gonflement des paupières et des extrémités. Pas d'albumine dans l'urine. Aux pustules succèdent des cicatrices déprimées et pigmentées.

L'auteur essaye, sans succès, les toniques, l'arsenic, les applications émollientes, les bains; puis, la mère de l'enfant se décourageant, l'observation cesse.

L'auteur n'admet pas la dénomination d'Hutchinson, ne voyant là ni varicelle ni prurigo; il est disposé à considérer la maladie comme une variété d'urticaire.

L. GALLIARD.

Remarques anatomo-pathologiques et cliniques sur l'état dermographique de la peau, par Paul RAYMOND (*France médicale*, n° 49, 1890).

L'auteur rapporte trois observations qui montrent que l'état dermographique de la peau se produit plus facilement au cours de l'urticaire, mais qu'il s'observe aussi chez des personnes qui n'ont présenté de l'urticaire à aucun degré. Il s'agit chez ces sujets d'une névrose vaso-motrice qui peut se manifester sous l'influence de toxines (urticaire), mais qui apparaît aussi sous l'influence d'émotions, de troubles psychiques, ou encore sous l'influence d'un choc direct. Ceux qui réagissent au choc ne réagissent pas nécessairement aux toxines. Les hystériques, les neurasthéniques, les alcooliques en état d'ivresse sont fréquemment autographiques, de même les sujets atteints d'affection de la moelle. Raymond insiste à propos de l'anatomie pathologique sur l'abondance des cellules migratrices dans le corps muqueux, principalement au niveau de l'élevure blanche centrale de la papule ortiée.

F. BALZER.

Du lichen circonscrit des anciens auteurs ou lichen simplex de Vidal, par BROcq et JACQUET (*Annales de Derm.*, n° 2-3, 1891).

Cette variété de lichen est constituée par des plaques ovalaires dans lesquelles on peut distinguer les trois zones suivantes : 1° zone externe pigmentée ou zone d'hypertrophie papillaire commençante, d'une coloration brunâtre, sillonnée par un quadrillage serré ; 2° une zone moyenne papuleuse constituée par des petits éléments papuleux, dus à un degré d'hypertrophie papillaire plus avancé que dans la zone externe ; 3° zone interne ou zone d'infiltration, caractérisée par un épaississement marqué des téguments et par une sécheresse absolue. Le prurit préexiste à ces lésions dont il est le point de départ ; si on fait un enveloppement hermétique de la région, elles disparaissent, mais le prurit persiste. Histologiquement la lésion est caractérisée par une infiltration lymphoïde des couches supérieures du derme et une hypertrophie des papilles. Le corps muqueux est augmenté d'épaisseur avec altération cavitaire d'un certain nombre de cellules. Pour bien comprendre la vraie nature de cette affection, il faut considérer son ensemble, c'est-à-dire le nervosisme des sujets qui en sont atteints ; le prurit constant, surtout dans les périodes de début et d'augment ; la disposition de l'éruption en zones concentriques et sa sécheresse absolue ; l'hypertrophie papillaire et l'infiltration du derme ; la marche chronique de cette dermatose et sa tendance aux récidives. C'est une névrodermite circonscrite qui doit conserver le nom de lichen circonscrit que lui ont donné les anciens auteurs, ou encore le nom de lichen simplex chronique que lui donne Vidal.

F. BALZER.

Möller'sche Glossitis superficialis (Glossite érythémateuse circonscrite chronique), par P. MICHELSON (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 46, p. 1055, 17 novembre 1890).

C'est Moeller, en 1851, qui a, le premier, décrit cette singulière affection linguale. Depuis lors, sa description paraît être tombée dans l'oubli. Michelson en publie trois exemples, dont deux chez des femmes, et le troisième chez un homme. Les trois malades, comme les six de Moeller,

étaient des individus débiles; les deux femmes étaient en outre atteintes de tænia; l'homme, de pachydermie laryngée.

L'affection de la langue, rebelle à tous les traitements, se présente sous forme de plaques rouge vif, de conformation irrégulière, nettement circonscrites, au niveau desquelles l'épiderme est manquant ou du moins très aminci, tandis que les papilles sont hyperémiées et semblent gonflées. Ces plaques ne sécrètent rien et n'ont aucune tendance à s'étendre soit en surface, soit en profondeur. Elles siègent surtout au voisinage des bords et de la pointe de l'organe, sur ses deux faces; mais on en rencontre aussi à la face interne des lèvres et des joues et même sur le voile du palais, comme chez l'homme de Michelson. Elles déterminent un sentiment de brûlure continu qu'exaspèrent les aliments; parfois même elles s'accompagnent d'une diminution du goût. J. B.

Zungenlupus (2 cas de lupus lingual), par P. MICHELSON (*Berlin. klin. Woch.*, n° 48, p. 1112, 1^{er} décembre 1890).

1^o Femme de 48 ans. Depuis un an, picotements et brûlure dans la gorge, exaspérés par la déglutition. Au niveau de la portion du voile palatin comprise entre les piliers, on distingue des tractus cicatriciels blancs, brillants, superficiels et finement ramifiés. A la racine de la luette, se voit une dépression cicatricielle qui se prolonge sur la muqueuse palatine. Sur le milieu de la paroi postérieure du pharynx, ulcération superficielle se continuant jusqu'à la base du pilier palato-pharyngien.

La région des follicules de la base de la langue est recouverte d'un conglomérat de granulations rougeâtres, grosses comme des grains de chènevis, qui lui donne l'aspect d'une crête de coq. En arrière, cette hyperplasie se prolonge jusque sur la face supérieure de l'épiglotte dont la partie antérieure est très épaisse et d'un rouge intense. Le larynx n'offre d'autres altérations qu'un peu de tuméfaction des replis ary-épiglottiques. Pas d'augmentation de volume des ganglions cervicaux. La pression au-dessous des angles maxillaires est médiocrement douloureuse. Rien dans les poumons ni ailleurs.

Ablation des végétations de la base linguale avec le serre-nœud. Instillations de menthol, cautérisation des ulcères à la pierre infernale. Créosote à l'intérieur. Au bout de trois mois de ce traitement, une partie des ulcérations sont cicatrisées et les autres sont en voie de bourgeonnement. Les végétations ne se sont pas reproduites. L'épiglotte est encore tuméfiée.

2^o Homme de 39 ans. Depuis 2 ans, quelques douleurs de gorge en mangeant des aliments chauds : gonflement des ganglions sous-maxillaires. Du côté droit de la face, spécialement au-devant de l'oreille et sur le trajet du maxillaire inférieur, nombreuses cicatrices pâles, légèrement déprimées, variant comme dimensions entre une tête d'épingle et une grosse lentille.

La luette manque. La muqueuse de la voûte et du voile du palais est recouverte de cicatrices nettement circonscrites, profondes de 1/2 millimètre à 1 millim. et 1/2, les unes blanchâtres, les autres livides, dirigées en partie d'avant en arrière, en partie transversalement. Leurs dimensions et leurs formes sont très variables : les plus considérables dépassent 2 centimètres de long sur une largeur maximum de 4 millimètres. Sur le voile palatin, les portions de la muqueuse non cicatricielles sont parcourues par des réseaux vasculaires injectés. Au côté gauche de la langue, lésions cicatricielles étendues mais moins profondes et lisses; il en est de même sur les bords et à la face inférieure de la pointe de l'organe. A gauche du frein, qui est épais et d'aspect tendineux, la face inférieure de la pointe, au voisinage du plancher de la bouche, est ulcérée et recouverte d'une sécrétion jaunâtre. Épiglotte épaisse,

offrant sur sa face supérieure des cicatrices reconnaissables à leur coloration pâle et à leur niveau un peu bas. L'épiglotte empêche l'examen laryngoscopique. Voix rauque, ganglion gros dans la région sous-mentonnière droite. Emphysème pulmonaire et bronchite chronique. Pas de bacilles dans les crachats.

Sous l'influence de la créosote à l'intérieur, de l'acide lactique, du menthol et de l'iodoforme comme topiques, l'ulcération de la pointe de la langue s'était cicatrisée, mais elle n'a pas tardé à récidiver, en même temps qu'il s'en formait une nouvelle un peu plus en avant; puis est survenue de la dysphagie, causée par une ulcération de la paroi droite du pharynx, s'étendant au pilier pharyngo-épiglottique.

Des fragments excisés sur les deux malades n'ont permis de reconnaître aucun bacille tuberculeux, mais seulement les lésions histologiques du lupus : cellules géantes, typiques de Schueppel et Langhans, au sein d'une infiltration siégeant dans le tissu sous-muqueux, traversée de vaisseaux dilatés et composée de cellules épithélioïdes.

Un essai d'inoculation dans l'abdomen d'un cobaye est resté infructueux. (R. S. M., XXXVI, 296 et 590.) J. B.

Ueber Lupus des Uterus, par ZWEIFEL (*Berlin. klin. Woch.*, n° 45, p. 1048, 10 novembre 1890).

Femme chez laquelle, trois mois auparavant, un médecin avait diagnostiqué un cancer du vagin. Elle veut être opérée par Zweifel. L'examen microscopique révéla qu'il ne s'agissait pas d'un cancer. D'autre part, le traitement antisiphilitique fut inefficace. Diagnostic, lupus du vagin. Trois mois plus tard, le col utérin était envahi. Une abrasion de la muqueuse permet de nouveau d'exclure le cancer et diminue un peu les hémorragies. Ablation totale suivie de récurrence le quinzième jour. Les applications d'acide nitrique fumant sur le cratère lupique modifient avantageusement les lésions. J. B.

Zur Anatomie der Epheliden, Lentigines und Nävi pigmentosi, par Moritz KOHN (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.* XII, n° 3).

1° On trouve très répandues dans les fentes lymphatiques de la peau des granulations et des masses pigmentaires; elles sont facilement détruites par l'eau oxygénée.

2° On trouve, dans le derme, des cellules de tissu conjonctif chargées de pigment; celui-ci résiste longtemps à l'action de l'eau oxygénée.

3° Des cellules, en partie ramifiées, qui se trouvent disséminées sur les limites du derme et de l'épiderme, et qui parfois envoient des prolongements entre les cellules de la couche profonde de l'épiderme, opposent la même résistance à la dépigmentation.

4° Le pigment se trouve aussi inclus dans les cellules épithéliales, et particulièrement autour de leurs noyaux.

5° L'auteur n'a rien trouvé qui indique soit un développement du pigment dans les cellules du derme ou de l'épiderme, soit une émigration au dehors du pigment contenu dans ces cellules, soit un transport du pigment d'une cellule à une autre, soit l'existence de cellules conjonctives spécialement affectées au transport du pigment.

6° Les seuls faits que l'on puisse affirmer sont : d'une part, qu'il existe du pigment libre dans les fentes lymphatiques de la peau; d'autre part, que différentes espèces de cellules peuvent s'incorporer le pigment.

L'auteur se trouve ainsi amené à cette conclusion que, chez l'homme, le pigment de l'épiderme vient du derme.

Les taches de lentigo se distinguent nettement des éphélides: elles sont toujours isolées, et ne siègent pas de préférence sur les parties découvertes du corps; les éphélides sont au contraire disposées en groupes serrés, et on ne les rencontre que sur les parties découvertes; les taches de lentigo forment une légère saillie; il n'en est jamais ainsi pour les éphélides. Au microscope, on trouve dans le lentigo, comme dans les nævi, le pigment dans toutes les couches de l'épiderme, et dans le derme jusque dans la couche sous-papillaire; les vaisseaux du derme sont dilatés, entourés d'amas cellulaires; dans les éphélides, les vaisseaux et le derme sont normaux; le pigment ne s'y trouve que dans la couche basale de l'épiderme; le derme en est habituellement exempt; quelquefois seulement il en contient des traces. H. HALLOPEAU.

I. — Kurze Notiz ueber Behandlung des Ulcus rodens mit dem Unnaschen Resorcinepflastermull (Courte note sur le traitement de l'ulcus rodens par l'emplâtre d'Unna à la résorcine), par G. BOECK (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, XII, n° 4).

II. — Bemerkungen zur vorhergehenden Notiz ueber Ulcus rodens (Remarques sur la note précédente relative à l'ulcus rodens), par UNNA (*Ibid.*)

I. — C'est un fait connu que la résorcine peut être employée avec succès dans le traitement des ulcérations cancéreuses, mais l'auteur n'a trouvé mentionnés nulle part des résultats aussi étonnants que ceux qu'il a obtenus avec l'emploi de l'emplâtre à la résorcine dans deux cas d'*ulcus rodens*.

Un jardinier, âgé de 72 ans, portait à la joue droite un ulcus rodens dont le début remontait à 10 ans; il mesurait environ 5 centimètres de diamètre et déterminait de l'ectropion; sa surface était complètement ulcérée. L'emplâtre à la résorcine fut appliqué et changé chaque jour: une amélioration rapide se produisit au bout de peu de jours; deux mois après, toute la surface ulcérée s'était recouverte d'épiderme; on ne voyait plus que çà et là quelques points suintants. Dans un autre cas un ulcus rodens de la tempe mesurant un peu plus d'un centimètre de diamètre fut guéri en six semaines par le même traitement. H. HALLOPEAU.

II. — Unna connaît depuis longtemps l'action extraordinairement favorable que peut exercer l'emplâtre à la résorcine sur l'ulcus rodens, et cette médication mérite d'être employée chaque fois que l'extirpation radicale ne peut être pratiquée; mais elle n'est réellement efficace que dans un petit nombre de cas. Cet ulcère, véritable carcinome, ne s'accompagne ni d'adénopathies, ni de troubles de la santé générale; il est souvent confondu avec le lupus; il est fréquent chez les marins. H. H.

Pelade et lésions oculaires, par Louis FROELICH (*Revue médic. Suisse romande*, X, 745, décembre 1890).

Froelich relate l'observation de deux malades de Fuchs atteints simultanément de pelade généralisée et de lésions oculaires graves.

Tous deux sont des hommes dans la quarantaine, n'ayant éprouvé aucun traumatisme. Le premier perdit ses cheveux pour la première fois en 1875;

l'alopécie se reproduisit en 1887, mais en même temps elle s'étendait à toutes les parties du corps. Dès ce moment, l'acuité visuelle diminuait de plus en plus à droite, sans phénomènes inflammatoires, ni douleurs. En outre, il y avait de l'héméralopie à gauche; depuis six mois, la vision est aussi affaiblie à gauche, et le malade a des maux de tête, de la photophobie et des mouches volantes. L'œil droit est affecté d'amaurose totale et de résidus d'irido-choroïdite, l'œil gauche présente une cataracte avec irido-choroïdite.

L'autre malade a eu, en 1870, une ophtalmie granuleuse; neuf ans plus tard, il remarqua la diminution de l'acuité visuelle du côté gauche, qui, dès lors, alla toujours croissant. En 1880, il s'aperçoit de la présence dans sa chevelure d'îlots discoïdes parfaitement glabres; la chute de cheveux d'abord partielle et temporaire est devenue universelle et permanente. Dès 1886, la cécité de l'œil gauche était absolue. Cet œil présente les lésions consécutives à une irido-choroïdite chronique. Enucléation de l'œil, devenu douloureux, en 1890.

Froelich n'ose se prononcer sur l'existence d'une corrélation entre la pelade et les lésions oculaires. Il fait toutefois remarquer qu'on a déjà publié quelques faits plus ou moins analogues.

Schütz (*Münchener med. Wochens.*, 1889, n° 8) relate deux exemples de chute partielle et temporaire des cheveux chez deux enfants atteints de conjonctivite phlycténulaire. Mueller (*Corresp-Blatt f. Schweiz. Aerzte*, 1889, n° 8) signale la coexistence de certains troubles de l'innervation de l'œil (ptose, myose, mydriase, macropsie, micropsie, paralysie de l'accommodation) chez des peladeux. Une partie de ces faits sont consignés dans la thèse de Plattner (*Zurich*, 1890).

Aubert (cité par Billioud, *Thèse Lyon*, 1884) a observé un malade atteint de pelade généralisée et d'affaiblissement graduel de la vue qui guérit par des verres convexes. Voir encore le cas de Pontoppidan (*R. S. M.*, XXXIII, 576). A ces quelques faits, Froelich eût pu ajouter celui d'Archambault (*R. S. M.*, XXXVI, 206).

D'autre part, en confrontant le texte original, Froelich a reconnu que la célèbre observation de Ravaton (*Traité des plaies par armes à feu*, Paris, 1750), reproduite dans presque tous les ouvrages de dermatologie, ne saurait rentrer dans la pelade.

J. B.

Variété d'angio-névrose donnant lieu à des plaques d'alopécie pseudo-péladique avec ischémie, anesthésie, achromatose et taches pigmentées, par HALLOPEAU (*Bull. de la Soc. de Derm.*, avril 1891).

Les caractères différentiels de cette alopécie d'avec la pelade sont les suivants : les plaques ne sont ni circulaires, ni polycycliques, ni d'un aspect éburné; les poils brisés ont un autre aspect; les plaques sont en état d'ischémie et d'anesthésie. Enfin elles ne contiennent pas le parasite décrit par Vaillard et Vincent chez les peladiques. Il s'agit plutôt d'une angio-névrose produisant des anémies locales sous des excitations réflexes; elle donne lieu à l'anesthésie, à l'achromatose, à la chute des poils. L'excitation des téguments par des liquides appropriés et par des bains électriques produit une notable amélioration.

F. BALZER.

I. — Farcinose mutilante du centre de la face, par BESNIER (*Bull. de la Soc. de Derm.*, avril 1891).

II. — Étude clinique et expérimentale sur un cas d'infection farcino-morveuse chronique terminée par une poussée de morve aiguë, par HALLOPEAU et JANSELME (*Annales de Derm.*, avril 1891).

I. — Il s'agit d'un homme âgé de 25 ans, ancien conducteur de chevaux, entré à l'hôpital Saint-Louis pour de nombreuses et vastes ulcérations du centre de la face. La lésion commence par un bouton développé sur une base infiltrée rouge, livide. Ce bouton se ramollit, suppure, s'ulcère et fournit un pus sanieux, fluide. L'ulcère à des bords infiltrés, décollés. La périphérie finit, au bout d'un certain temps, par se cicatriser, pendant que l'ulcération progresse ailleurs; les deux processus de cicatrisation et de repullulation coexistent sur des points divers, le tout évoluant avec une grande lenteur suivant les points. La voûte palatine, le nez, les voies lacrymales ont été d'abord envahis. Un traitement syphilitique d'abord tenté ne donna pas de résultats.

Ce malade avait contracté la morve cinq ans auparavant. La maladie fut d'abord caractérisée par de la toux, avec expectoration abondante, sueurs nocturnes, perte des forces (morve pulmonaire). Aucune lésion nasale à cette époque. Plus tard, gomme farcineuse à l'avant-bras gauche, puis vers la même époque envahissement des voies lacrymales, du nez, de la voûte palatine, puis de la face. Dix mois avant la mort, oligurie paroxysmique et néphrite albumineuse. L'iodoforme et le naphthol camphré donnèrent de bons résultats en pansements. L'autopsie montra la plupart des organes sains, notamment le poumon. Les reins présentaient une congestion assez vive avec un parenchyme d'apparence lardacée.

Quinquaud a filtré des cultures pures du bacille morveux provenant de ce cas; l'injection du liquide ainsi obtenu tue les animaux, mais sans qu'on puisse constater chez eux les lésions de la morve. Cet auteur a constaté que la morve produit une hypoglobulie, une diminution considérable de l'oxygène du sang et de l'hémoglobine, une désalbuminémie, une légère hyperglycémie avec augmentation de l'urée dans le sang. Les tissus et les humeursensemencés n'ont pas produit de cultures.

II. — Cette observation montre que l'infection farcino-morveuse peut se prolonger pendant six ans avec des accalmies qui, dans ce cas, ont duré une fois pendant trois années. Dans le fait observé chez un charretier, âgé de 30 ans, le malade a présenté d'abord une série prolongée d'abcès sous-cutanés ou intra-musculaires, puis des ulcérations des fosses nasales, de la bouche, du pharynx, une tuméfaction douloureuse de l'un des sacs lacrymaux. Certains abcès perdent leur virulence et guérissent, d'autres gardent leur virulence et restent fistuleux. Dans ce cas, des néoplasies inflammatoires non abcédées se formèrent sur les lèvres et les détruisirent avec rapidité. Les ulcères se différencient de ceux de la syphilis par leurs bords irréguliers et anfractueux, leur fond déchiqueté, mamelonné, jaunâtre, les décolllements, la sécrétion huileuse, la résistance au traitement. La poussée de morve aiguë de la face se propage par les voies lacrymales comme l'érysipèle, mais en diffère par l'absence d'engorgements ganglionnaires et la formation d'eschares profondes. Le pus des lésions morveuses contient le bacille de la morve; l'urine n'en contient pas et son inoculation est négative. Le seul traitement efficace est la cautérisation ignée. F. BALZER.

- I. — Tolérance de la peau pour les hautes doses d'huile simple ou créosotée, par BURLUREAUX (*Soc. de Derm.*, mars 1891).
- II. — Traitement des tuberculoses ganglionnaires par les injections d'huile créosotée à hautes doses, par BURLUREAUX (*Bull. de la Soc. de Derm.*, avril 1891).

I. — L'huile créosotée pure, injectée aseptiquement et très lentement (pas plus de 20 grammes par heure), est parfaitement tolérée par le tissu cellulaire sous-cutané. L'auteur se sert pour ces injections d'un appareil qu'il a perfectionné avec Guerder et qui se compose essentiellement d'un flacon gradué à trois tubulures dans lequel on accumule, au moyen d'une pompe, de l'air filtré. Cet air comprime le liquide, qui s'écoule à la partie inférieure sous une pression graduée par un manomètre. Il fait absorber ainsi journellement des doses d'huile créosotée variant entre 50 et 200 grammes et représentant une dose de créosote entre 3^{gr},33 et 13 grammes. L'huile absorbée se résorbe parfaitement sans phénomènes inflammatoires.

II. — Des adénites du cou trop volumineuses pour être justiciables de l'intervention chirurgicale peuvent être réduites considérablement et sans suppuration après un traitement qui varie d'un à six mois, suivant l'ancienneté et l'importance de l'affection. L'auteur présente à la séance un malade auquel il a injecté 4 kilogrammes 200 d'huile créosotée au 1/15 sans le moindre dommage. Un autre en a reçu 1,130 grammes. Ces deux malades sont guéris. L'auteur pense que ces injections, qui n'ont pas d'inconvénients locaux sérieux, pourraient être essayées avec avantage dans le traitement du lupus.

F. BALZER.

Un cas de lèpre systématisée nerveuse avec troubles sensitifs se rapprochant de ceux de la syringomyélie, par THIBIERGE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 mars 1891).

Il s'agit d'un homme de 45 ans, qui contracta la lèpre au Tonkin en 1885, et présente actuellement, en sus de plaques pigmentées disséminées sur les mains et les pieds, et de cicatrices dues à des maux perforants sur les membres, en sus d'atrophies des éminences thénar, hypothénar, des avant-bras et en partie des bras, des troubles de la sensibilité très nets. Abolition de la sensibilité à la douleur et à la chaleur, avec conservation de la sensibilité au contact sur la plus grande partie de la main, sur l'avant-bras et les deux tiers de la partie postérieure du bras, sur les pieds et les jambes. En outre, le nerf cubital induré et tuméfié présente au-dessus du coude, des deux côtés, des nodosités moniliformes. Le malade présente aussi une paralysie bilatérale de l'orbiculaire palpébral.

H. L.

Zur Uebertragbarkeit der Lepra (Transmissibilité de la lèpre), par F. WESENER (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, VII, 4, p. 613).

Les expériences de Vossius, qui croit avoir noté une pullulation des bacilles de la lèpre dans les membranes de l'œil après inoculation dans la chambre intérieure, ne prouvent pas la contagion, car des grains de cinabre se répartissent dans l'œil de la même façon (Calberla, Brugsch, Deutschmann). Il fallait donc, comme Campana et Leloir, employer des bacilles morts dont les spores fussent seules capables de végéter. Dans

ces conditions, il se forme une réaction inflammatoire vive, et ce tissu implanté est résorbé en totalité ou en partie. Les bacilles sont pris par les cellules qui se disposent en petits nodules non seulement au point inoculé, mais aussi en des points plus éloignés; ces nodules ont au microscope l'aspect de nodules lépreux. Si on agit de même en employant du tissu tuberculeux, où les bacilles aient été tués, ils perdent la possibilité de se colorer, surtout lorsqu'ils ont été pris par des cellules. Il y a là des différences frappantes. Le tubercule lépreux ne serait donc autre chose qu'une accumulation de parasites morts dans des cellules lymphatiques, où ils conservent fort longtemps leur pouvoir de se colorer, ce qui est un fait spécial à ces microorganismes.

C. LUZET.

Beobachtungen und Versuche über die Aetiologie des Aussatzes (Observations et expériences sur l'étiologie de la lèpre) par Beaven RAKE (*Berlin. klin. Woch.*, n° 2, p. 25, 12 janvier 1891).

Le cas du père Damien et celui du détenu Klann sont les deux grands arguments des contagionistes. Mais ni l'un ni l'autre de ces faits ne sont absolument décisifs, parce qu'ils concernent tous deux un pays où la lèpre est endémique. De plus, Swifs, médecin de la léproserie de Molokai, a constaté (*Brit. med. Journ.*, 19 avril 1890) que plusieurs parents maternels de Klann ainsi qu'un frère de sa femme étaient lépreux. Depuis 1868, ce sont des religieuses françaises de l'ordre de St-Dominique qui sont à la tête de la léproserie de la Trinidad; la seule survivante de la mission originelle, qui panse toujours elle-même les malades les plus graves, est restée indemne depuis 22 ans.

On ignore l'histoire naturelle du bacille lépreux, en dehors de l'organisme humain. Il est très possible que ses spores habitent un hôte intermédiaire qui serait l'agent de la transmission à l'homme. Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins indiqué d'isoler les lépreux qui constituent des foyers de propagation par leurs bacilles.

Rake a vainement tenté d'inoculer des tubercules de la lèpre à 33 lépreux de la forme anesthésique; il a fait la même expérience infructueuse sur un 34^e en lui inoculant le vaccin recueilli sur un lépreux de la forme tuberculeuse. A ceux qui lui objecteront que ses multiples succès s'expliquent puisqu'il expérimentait sur des individus déjà atteints de la maladie, Rake répond que depuis 6 ans qu'il dirige la léproserie de l'île de la Trinité, il n'a jamais vu une lèpre anesthésique se transformer en lèpre tuberculeuse.

Rake a inutilement cherché les bacilles lépreux dans la terre du cimetière de la léproserie, ainsi que dans les trois mets favoris des nègres et des coolies (porc et poissons salés et pois d'Angole); les cultures avec des échantillons du même sol et des mêmes aliments ont été également négatives.

Enfin Rake a inoculé sans résultat deux chats (l'un depuis 5 ans et demi), 2 porcs, 2 lapins et plusieurs cobayes, et ses nombreux essais de cultures pures des bacilles lépreux, entreprises avec des matériaux divers, sur différents milieux, n'ont pas été couronnés de plus de succès.

J. B.

Des éruptions médicamenteuses, par GRANCHER (*Bull. méd.* 8 avril 1891).

On donna à une fillette de 8 ans, atteinte de chorée, 1^{er},50 d'antipyrine, du 13 au 18 janvier; la dose est élevée à 2 grammes par jour. Rien d'anormal, lorsque le 26 janvier survient dans la soirée un exanthème morbiliforme avec fièvre (39°), malaise général. Suppression de l'antipyrine pendant 5 jours. Le 31 janvier, dose de 2 grammes, même éruption. A une troisième tentative il y eut encore des phénomènes de fièvre et la même éruption.

Après avoir passé en revue les divers accidents produits par l'antipyrine et publiés jusqu'ici, Grancher discute la pathogénie de ces accidents. Il admet volontiers l'hypothèse de Behrend d'après laquelle les substances médicamenteuses produiraient des modifications dans le sang et donneraient naissance à des produits toxiques, des toxines qui détermineraient les phénomènes d'empoisonnement et de fièvre. A. CARTAZ.

Ueber Ichthyl Firniss (Sur les vernis à l'ichthyl), par UNNA (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, Band XII, n° 2).

On sait aujourd'hui que l'ichthyl exerce une action sur les processus les plus divers d'inflammation cutanée et sous-cutanée, soit en en produisant l'anémie, soit en en favorisant la résorption. Unna a pensé à l'utiliser sous forme de vernis soluble dans l'eau: celui qu'il emploie est composé de 40 parties d'ichthyl, 40 parties d'amidon, une ou une partie et demie d'albumine et environ 20 parties d'eau; il fait également usage d'un vernis antiseptique composé ainsi qu'il suit: 25 parties d'ichthyl, 2,5 parties d'acide phénique, 50 parties d'amidon et 22,5 parties d'eau. Il obtient avec ces préparations les meilleurs résultats dans le traitement des acnés séborrhéique et rosacée, de l'érythème centrifuge, du lupus érythémateux, de l'intertrigo et de l'érysipèle. Le vernis ichthyolique peut servir à incorporer divers médicaments tels que l'acide chrysophanique, l'acide pyrogallique, la résorcine et le soufre. H. HALLOPEAU.

Des accidents méningitiques de la syphilis héréditaire chez les enfants, par STOEBER (*Thèse de Paris*, 1891).

Le diagnostic de ces accidents avec la méningite tuberculeuse est toujours difficile. Parmi les caractères différentiels, l'auteur met en relief la fréquence plus grande des paralysies au début de la méningite syphilitique, l'apyrexie, le non-ralentissement du pouls, l'absence ou la rareté de la respiration de Cheyne-Stokes. Le diagnostic est à peu près impossible entre les lésions syphilitiques et le tubercule cérébral. L'enquête est nécessaire et portera sur les antécédents héréditaires et personnels du petit malade. S'il y a doute, ne pas hésiter à prescrire le mercure et l'iodure de potassium avec énergie, d'autant plus qu'en cas d'erreur, leur influence sur les lésions tuberculeuses n'est pas défavorable.

F. BALZER.

Relations de la syphilis et des maladies intercurrentes, par MANSSUROW (*Arch. f. Dermat. u. Syphilis*, Heft 2, 1891).

Le rachitisme est une des maladies qui compliquent le plus fréquemment la syphilis, 50 0/0, d'après la statistique de l'auteur. Mais ces deux affections sont peu influencées l'une par l'autre. Le rachitisme

doit être considéré comme une affection spéciale de l'enfance, d'autant plus qu'il atteint fréquemment de jeunes sujets non syphilitiques.

F. BALZER.

Sur la crâniométrie dans la syphilis héréditaire, par MANSSUROW (*Arch. f. Derm. und Syph., Heft 2, 1891*).

L'auteur attire l'attention sur l'importance de cette mensuration que le médecin peut toujours pratiquer avec facilité. Constamment, on trouve des anomalies dans les diamètres et des asymétries, ce qui est en rapport avec l'ossification prématurée et avec le processus de sclérose qui envahit les sutures osseuses.

A. SOUPLET.

I. — Réinfection syphilitique, par LUBARSKI (*Archiv f. Derm. u. Syph., Heft 6, 1890*).

II. — Un cas de réinfection syphilitique, par HARRISON-YOUNGE (*Ibid.*).

III. — Un cas de réinfection syphilitique, par JAKOWLEN (*Ibidem*).

IV. — Réinfection syphilitique, par POSPELOW (*Ibidem*).

I. — Un soldat prend la syphilis en 1878, pendant la guerre russo-turque ; un mois après, adénopathie généralisée, roséole, angine spécifique ; il est traité par le mercure jusqu'à disparition des symptômes. En 1879, il présente des papules à l'anus et au scrotum, il est traité par le mercure, l'iodure de potassium et les bains sulfureux. En décembre 1888, il présente un chancre mou au prépuce développé trois jours après le coït et suivi de bubon inguinal. Mais ce chancre mou s'indure bientôt, et, en mars 1889, apparaissent une roséole, une angine spécifique, l'engorgement des ganglions, accidents qui furent traités par des injections de sublimé.

II. — Le malade fut infecté pour la première fois en 1882, et présenta les dernières manifestations de la syphilis en 1885. En 1889, il contracte un nouveau chancre avec adénopathie inguinale indolente, suivie bientôt de roséole et de plaques muqueuses de la bouche.

III. — L'observation concerne un malade âgé de 53 ans atteint de syphilis en 1855 et qui avait présenté encore des éruptions syphilitiques en 1860 et en 1871. Le malade eut aussi des manifestations gommeuses. Toutefois, en 1887, il contracte un chancre induré du prépuce suivi d'adénopathies, de la roséole et de syphilides papuleuses sur le tronc.

IV. — Ce cas est celui d'un individu qui fut atteint, en 1882, de chancre induré suivi de roséole, adénopathies, angine papuleuse, psoriasis palmaire. Cette syphilis fut traitée plusieurs fois par les spécifiques et les bains sulfureux. Ce malade, ne présentant plus d'accidents, s'était marié. En janvier 1890, vingt-sept jours après un coït avec une femme suspecte, apparaissent deux chancres indurés sur la peau du pénis ; peu de temps après, symptômes de syphilis secondaire. L'auteur considère ce cas comme une observation certaine de réinfection syphilitique.

F. BALZER.

Observations sur les processus syphilitiques du cerveau, par BURKHARDT (*Revue médic. Suisse romande, X, 766, décembre 1890*).

La première période de la syphilis, dite irritative, fluxionnaire ou hyperplasique par Virchow, produit des lésions anatomiques des tissus et des troubles fonctionnels des organes, qui n'ont pas de cachet spécifique. Ce sont, pour le cerveau : 1° les hémorragies précoces ; 2° les

psychoses simples (hypochondrie, mélancolie avec idées d'indignité ou de persécution, manie furieuse).

La deuxième période de la syphilis est la période gommeuse. Ici s'observent : 1° la méningite gommeuse de la base, remarquable par le caractère changeant des symptômes; 2° la méningite et la méningo-encéphalite gommeuses de la convexité qui produisent les symptômes correspondant à leur localisation, et cela d'une façon également variable et saccadée, mais sans compression du cerveau, sans névrite de la papille et sans symptômes psychiques, sauf la légère stupeur qu'on observe aussi dans la méningite gommeuse de la base; 3° l'artérite.

Burkhardt a analysé 43 observations de paralytiques généraux au point de vue du rôle étiologique de la syphilis. Il est arrivé aux résultats suivants : environ la moitié des paralytiques ont été infectés par la syphilis. Les malades âgés de moins de 35 ans l'ont presque tous eue, tandis qu'elle n'existe que chez un tiers des malades plus âgés.

La statistique ne permet donc pas de ranger la paralysie générale parmi les maladies vénériennes, mais elle fait de la syphilis une cause prédisposante de première importance. Cette cause est d'autant plus efficace que l'individu est plus jeune. En d'autres termes, l'usure du cerveau se produit chez un syphilitique déjà à un âge peu avancé, et la syphilis fait en peu d'années la besogne que les autres agents pathogènes font en plusieurs années seulement.

J. B.

I. — Études sur la syphilis de la moelle épinière, par Mag. MOELLER (*Nordiskt med. Arkiv*, XXII, 22).

II. — Sur une forme de syphilis de la moelle épinière se traduisant par une attaque brusque de paraplégie, par LANCEREAUX (*Semaine médicale*, 11 avril 1891).

I. — Moeller étudie 24 cas de syphilis médullaire suivis d'autopsie. Ces cas se répartissent en : 1° inflammations simples aiguës ou chroniques; 2° en infiltrations gommeuses ou circonscrites.

Trois des observations de l'auteur présentent un intérêt spécial.

1° Homme de 45 ans. Paraplégie subite dans le cours de la syphilis; réflexes patellaires abolis. Mort au bout de deux mois. A l'autopsie, pas de lésions macroscopiques, mais au microscope on trouve un foyer morbide à la partie supérieure de la région dorsale, caractérisée par l'endartérite des vaisseaux de la périphérie et des lésions dégénératives des éléments nerveux de la substance blanche; dégénération analogues dans les racines postérieures;

2° Femme de 21 ans. Les lésions myélo-méningitiques s'accompagnèrent d'une diminution considérable d'excrétion de l'urine, 200 à 400 centimètres par vingt-quatre heures.

3° Homme de 29 ans. Névralgie intercostale bilatérale qui cède au traitement spécifique. Trois mois après, paraplégie.

II. — Homme de 26 ans. Chancre en octobre 1888. Traitement spécifique. En octobre 1889, le malade est pris, sans cause appréciable, de rétention d'urine, puis de paraplégie; en deux jours la paralysie des membres était complète. Entrée à l'hôpital en octobre 1890. Insuccès de l'iodure de potassium, paralysie complète avec atrophie et contracture des jambes, réflexes exagérés, paralysie recto-vésicale; eschares sacrées.

Dans un autre cas, homme de 25 ans, Lancereaux a vu une paraplégie sur-

venir 15 mois après le chancre, d'une façon subite et sans que le traitement pût modifier les lésions.

L'auteur discute l'interprétation de ce cas, admet une myélite progressive, sclérose descendante des cordons antéro-latéraux, le foyer initial est dû à une thrombose par artérite syphilitique circonscrite de l'artère spinale ou de ses branches.

A. CARTAZ.

Étude sur la pseudo-paralysie générale syphilitique, par CHARBONNEAU (*Thèse de Paris*, 1891).

La syphilis se rencontre très fréquemment chez les paralytiques généraux dont on peut reconstituer les antécédents, mais elle est souvent associée à l'hérédité, à des excès de toute sorte, à l'alcoolisme, et même à des traumatismes crâniens. Cependant la syphilis se rencontre beaucoup plus souvent chez les paralytiques généraux que dans les autres formes d'aliénation mentale. Il est exceptionnel que l'anatomie pathologique présente des caractères spécifiques. La pseudo-paralysie générale syphilitique offre une grande analogie de symptômes avec la véritable paralysie générale. La marche est plus irrégulière ; il y a plus souvent des paralysies crâniennes ou autres, définitives. Le délire des grandeurs existe aussi parfois. Le traitement spécifique ne donne aucun résultat.

F. BALZER.

I. — Gommès syphilitiques des amygdales, par NATIER (*Annales de la polyclin.*, Paris, n° 3, 1890-91).

II. — Des manifestations de la syphilis sur les tonsilles pharyngées et pré-épiglottique, par MOURE et RAULIN (*Revue de laryng.*, 15 mars 1891).

I. — Les gommès de l'amygdale sont assez rares : Natier n'a pu, en effet, en rassembler que 15 observations, dont une personnelle (deux de ces faits ne sont pas très probants). Tantôt uni, tantôt bilatérale, la lésion est en général douloureuse et présente de ce fait un ensemble de symptômes d'un diagnostic quelquefois délicat. Il peut y avoir, en effet, des phénomènes angineux : douleur, fièvre, analogues, avec moins d'intensité, à ceux de l'amygdalite inflammatoire. L'auteur discute avec soin le diagnostic différentiel avec le cancer (cas de Blandin, Velpeau), avec le lupus et la tuberculose, etc.

Le traitement comporte, avec le traitement spécifique, divers pansements locaux pour favoriser la réparation des tissus, diminuer la sensibilité locale et les phénomènes d'infection.

II. — Après une description sommaire des amygdales linguale et pharyngée, les auteurs étudient les lésions qu'on y peut observer dans le cours de la syphilis secondaire. Elles sont de deux ordres : inflammation avec augmentation de volume et inflammation avec plaques muqueuses. Les causes ordinaires d'irritation de la muqueuse buccale (tabac, alcool) prédisposent à leur développement.

À la base de la langue, suivant que l'inflammation prédomine sur les parties latérales ou médiane, on observera une série de petites tumeurs ou une tumeur unique, recouverte ou non de plaques muqueuses ; dans le premier cas, les follicules semblent seules enflammées ; dans le second, il s'y joint une inflammation du tissu périlymphoïde, amygdalite périépiglottique folliculaire et folliculo-interstitielle.

Au pharynx, les symptômes varient suivant le siège de la lésion : à la voûte ou dans les parties latérales, fossette de Rosenmüller, pavillon de la trompe. Dans le premier cas, ce sont des phénomènes d'obstruction nasale qui prédominent ; dans le second, des troubles auriculaires.

La syphilis tertiaire peut déterminer sur ces points des lésions gomme-ulcéreuses ; les exemples en sont relativement rares.

Ce travail se termine par l'indication du traitement local et général.

A. CARTAZ.

Diabète insipide d'origine syphilitique, par P. SOUROUKTCY (*Vratch*, 1, 1891).

Le malade, ancien syphilitique, entre à la clinique universitaire avec une émission de 6,000 centimètres cubes d'urine de faible densité (1.004) donnant 29^{sr},5 d'urée sans sucre ni albumine. La soif (13 litres par jour) et la faim sont intenses. Céphalalgies, émaciation et marasme. Ces phénomènes durent plus d'un mois sans autres manifestations. Ce n'est qu'au bout de ce laps de temps qu'apparaissent d'abord des douleurs rachidiennes à caractère ostéoscopique et enfin des plaques muqueuses.

Le diabète a cédé au traitement antisiphilitique.

DE KERVILLY.

La syphilis héréditaire des poumons, par LANCÉREUX (*Union médicale*, 12 mars 1891).

Une femme de 40 ans avait présenté dès son enfance des troubles oculaires et auriculaires dus à une syphilis héréditaire. C'était une femme mal développée, infantile, à dents naines, à nez écrasé. Elle entra à l'hôpital pour des accidents pulmonaires avec toux, dyspnée, hémoptysie. Les signes d'auscultation et de percussion prédominaient au milieu et à la base du poumon droit, matité, râles, souffle. Le poumon gauche était sain. A l'autopsie, on trouva le lobe supérieur du poumon droit intact, sauf à sa base, qui, ainsi que le lobe moyen et la partie supérieure du lobe inférieur, était creusé de cavités séparées par des cloisons fibreuses, à parois lisses et polies, au milieu d'un tissu grisâtre et ferme, bref les lésions d'une pneumonie chronique non tuberculeuse. Le foie, gros, présentait un épaississement de la capsule de Glisson, et à sa face supérieure comme à l'inférieure des sillons profonds dus à des tractus de tissu conjonctif.

Lancereux admet que la pneumonie et l'hépatite chronique étaient liées à la syphilis héréditaire. Il rapporte deux faits cliniques de pneumonie chronique syphilitique de la base chez des enfants de 12 et 14 ans.

H. L.

Leçons cliniques sur les maladies syphilitiques du cœur, par ZAKHARINE (*Archiv f. Derm. und Syph.*, Heft 2, 1891).

L'auteur divise les affections syphilitiques du cœur en myopathiques, névropathiques et mixtes. Les signes cliniques principaux, sont : la dyspnée continue avec palpitations et sentiment d'oppression, les paroxysmes d'asthme cardiaque et d'angine de poitrine, l'œdème et l'hydropisie des cavités séreuses. Le ventricule gauche est ordinairement hypertrophié ; le poulx est petit, fréquent et irrégulier ; fréquemment il existe un bruit systolique. La digitale et les autres médicaments cardiaques sont sans influence. L'administration du mercure et de l'iodure de potassium associée au régime lacté apporte une rapide amélioration et assure par là même assez promptement un diagnostic souvent difficile.

A. SOUPLET.

Infection syphilitique extra-génitale, par PAWLLOW (*Archiv f. Derm. u. Syph.*, Heft 2, 1891).

Sur 1236 hommes syphilitiques observés à Moscou, l'auteur relève 10 cas d'infection extra-génitale ; au nez, 2 cas et aux amygdales 2 cas ; lèvre inférieure, 1 cas ; lèvre supérieure, 3 cas ; bords de la langue et dos de la main, 1 cas. Sur 165 femmes, il constate 12 fois l'infection extra-génitale : 6 fois aux seins, 2 fois à la lèvre inférieure ; à l'amygdale, au palais, à la gencive supérieure, 1 fois. Sur 43 enfants, il trouve 23 cas de syphilis extra-génitale et seulement 18 cas de syphilis héréditaire.

F. BALZER.

Chancres of the fingers (doigts), par W. TAYLOR (*New York med record*, p. 69, 17 janvier 1891).

Les chancres des doigts sont plus fréquents qu'on ne pense chez les médecins, chirurgiens et sages-femmes. Cliniquement ils se présentent sous quatre aspects différents :

1° *Papule en écailles ou tubercule*. — C'est le plus léger, le plus simple et le plus rare ; situé le plus souvent sur la face dorsale de la phalange ; se développe sur une fissure, une excoriation. Débute comme une tache qui grandit, devient saillante, atteint un diamètre d'un demi-pouce.

Les irritants peuvent modifier son aspect. C'est un ulcère chronique sans douleur et qu'on ne reconnaît souvent que par l'engorgement ganglionnaire ou les accidents secondaires. Non traité, il persiste deux à trois mois.

2° *Nodule ulcéré*. — Commence par une petite pustule, en quinze jours atteint son développement ; c'est une masse rouge, charnue, granuleuse, luxuriante et ferme, quelquefois molle, située sur le côté du doigt ou embrassant l'ongle. Quand il n'est pas traité, il dure indéfiniment, près d'une année. La phalange peut être tordue, l'ongle perdu et après guérison, il reste une phalange conique ayant perdu la sensibilité tactile.

3° *Chancre fongueux*. — Commence comme le précédent, puis l'ulcère se couvre de granulations profuses et fongueuses. Le tissu rouge est tantôt ferme, tantôt mou ; il peut comprendre les deux bords du doigt et la matrice de l'ongle. Peu douloureux, il récidive malgré les cautérisations. L'ongle peut tomber et le doigt rester difforme, induré. Le traitement est vite efficace.

4° *Chancre en forme de panaris*. — Début sur la matrice de l'ongle qui s'infiltre, s'ulcère et suppure abondamment, le tissu est rouge brun, l'ongle tombe et l'ulcération s'étend. Il peut être très douloureux, la rougeur s'étend à la deuxième et troisième phalange qui devient dure. Le bout du doigt, après plusieurs mois, s'effile et offre une cicatrice irrégulière.

Toutes les formes peuvent s'accompagner de lymphangite, de phlébite et même d'accidents septicémiques avec phénomènes généraux graves. L'auteur cite deux cas.

P. DUFLOCC.

Die Syphilis des Muttermunds (La syphilis du col utérin), par ISAAC (Berlin. *klin. Wochens.*, n° 5, p. 130, 2 février 1891).

Le diagnostic différentiel des lésions du col utérin doit s'établir entre les érosions simples ou spécifiques, les chancres mous, les chancres indurés, les cancers et les ulcérations tuberculeuses. Les ulcérations tuberculeuses sont extrêmement rares et s'accompagnent de manifestations caractéristiques dans d'autres organes. Les érosions simples sont de légères excoriations de la muqueuse sans disposition déterminée et sans lésions du pourtour. Les érosions syphilitiques, au contraire, sont ordinairement de petites excoriations lenticulaires, de teinte rouge cuivre et parfois confluentes sous forme de cercles; elles peuvent siéger en un point quelconque du col, dont la muqueuse est partout ailleurs normale. Les érosions tenant à une vaginite ont une coloration rouge vif; elles sont plus volumineuses, saignent facilement, siègent en général au niveau des insertions vaginales et s'étendent sur toute une lèvre du col.

Le chancre mou est constitué d'ordinaire par une véritable perte de substance, une dépression à bords décollés et rongés, à fond déchiqueté, entourée d'une aréole inflammatoire. Le chancre syphilitique a des bords indurés, livides, un enduit diptéroïde; en outre, il est habituellement isolé, à l'inverse des chancres mous. Les ganglions voisins perceptibles par l'anus, sont le siège d'une tuméfaction indolore, tandis que, lorsqu'en même temps que le chancre mou du col, il existe des lésions des organes génitaux externes, ce sont les ganglions inguinaux qui sont hypertrophiés. Les syphilides ulcéreuses ont généralement une surface lisse, déprimée et une teinte un peu opaline; à leur pourtour, il n'existe ni tuméfaction des follicules, ni érosions.

Le cancer forme une ulcération cratériforme, profonde, irrégulière, à bords bosselés. Les hémorragies opiniâtres, les irradiations douloureuses, l'âge des malades et l'examen microscopique permettent habituellement le diagnostic.

Isaac relate une observation qui montre néanmoins que le diagnostic est quelquefois très difficile. Il s'agit d'une femme de 20 ans, présentant depuis deux mois, sur les grandes lèvres, de petites ulcérations multiples, peu profondes, à fond purulent; dans le pli crural droit, se trouve une ulcération un peu plus considérable, à bords légèrement saillants. Nulle part d'adénite ni d'éruption cutanée; muqueuse buccale intacte. Leucorrhée peu intense. Pas d'ulcérations vaginales. L'orifice du col fournit une sécrétion onctueuse, grisâtre, au-dessous de laquelle la lèvre antérieure est couverte de tuméfactions folliculaires; au niveau de sa moitié gauche, elle offre une perte de substance comblée par un petit bourrelet granuleux. La lèvre postérieure présente deux pertes de substances semblables, à bords surélevés. Le reste de la muqueuse du col a l'aspect normal. Bien qu'un observateur très compétent ait pris les ulcérations de la vulve et du col pour des chancres mous, Isaac, se basant sur leurs caractères et leur mode d'apparition, est d'avis que les ulcérations du col sont des chancres infectants et celles des grandes lèvres des plaques muqueuses.

Dans la discussion, Gottschalk déclare se rallier au diagnostic d'Isaac.

Il a vu plusieurs fois, sur le col, des ulcérations syphilitiques serpigi-neuses à bords épaissis et enduit lardacé, donnant lieu à de violentes hémorragies, de manière à simuler des ulcères malins, d'autant mieux qu'il n'existait pas ailleurs de manifestations syphilitiques. (*R. S. M.*, III, 665 ; XI, 618 ; XII, 607 ; XVIII, 208 ; XIX, 632 ; XXXVI, 216.) J. B.

Aphorismen zur Behandlung der Syphilis, par H. KÖBNER (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 54, p. 1223, 29 décembre 1890).

1° *Excision du chancre*. — Après avoir été longtemps l'adversaire de cette opération qu'il jugeait complètement inefficace, Koebner déclare qu'il a observé quelques faits dans lesquels deux ans se sont écoulés sans apparition de symptômes spécifiques.

2° *Excision du chancre avec extirpation des ganglions inguinaux*. — Elle réussit encore moins souvent que l'excision simple du chancre à prévenir le développement de la syphilis et l'ablation des ganglions est absolument inutile et inefficace quand ils sont à la fois profonds et multiples.

3° *Influence de l'excision du chancre sur l'évolution ultérieure de la syphilis*. — Que la cicatrice de l'excision reste souple ou qu'elle s'indure à nouveau, l'excision du chancre n'a pas d'influence atténuante constante sur les manifestations syphilitiques ultérieures.

4° *Traitement général préventif*. — Koebner n'a presque jamais pu se convaincre de l'efficacité prophylactique d'un traitement mercuriel entrepris dès la période de l'accident primitif ; généralement, il n'a d'autre effet que de retarder, de quelques semaines jusqu'à cinq mois, l'explosion des accidents constitutionnels. Cependant, Koebner connaît un médecin qui, depuis neuf ans, est resté exempt de tous accidents après avoir subi des frictions pendant qu'il avait son chancre. De plus, cette mercurialisation précoce ne modifie pas toujours la gravité des symptômes secondaires. Aussi Koebner est-il d'avis de la réserver pour les cas où il y a lieu de hâter la guérison de l'accident primitif, soit à cause de sa ténacité, soit à cause de la possibilité de contagionner la famille.

5° *Méthode de Fournier*. — Koebner estime la mercurialisation intermittente durant plusieurs années, comme superflue dans beaucoup de cas où l'on n'est pas obligé d'y recourir pour quelque manifestation spécifique et il en limite l'utilité à l'imminence du mariage ou à des localisations graves. D'autre part, il l'accuse d'avoir des effets nuisibles sur les organes digestifs, sur les reins et surtout sur le système nerveux, d'engendrer un grand nombre de neurasthéniques syphilophobes. Le mercure, administré ainsi préventivement, est loin de prévenir toujours la récurrence des accidents. (*Voy. R. S. M.*, XXVII, 238.)

Enfin, chez les individus qui ne tolèrent pas l'iodure de potassium, par l'estomac, Koebner rappelle qu'il a obtenu d'excellents résultats en le prescrivant en lavements.

J. B.

I. — *Injections intra-musculaires de thymol-acétate de mercure*, par SZADECK. (*Archiv f. Derm. und Syph.*, Heft 6, 1890).

II. — *Idem*, par LOEWENTHAL (*Ibidem.*)

III. — *Du traitement de la syphilis infantile par les injections sous-cutanées de sels mercuriels*, par MONCORVO et FERREIRA (*Broch. Paris*, 1891).

IV. — Traitement de la syphilis par les injections de préparations mercurielles, par GOLD (*Archiv f. Derm. und Syph., Heft 6, 1890*).

V. — Biiodure de mercure et iodure de potassium en injections intra-musculaires, par FISCHER (*Ibidem, Heft 2, 1891*).

VI. — Sur le traitement de la syphilis par les injections de succinimide de mercure, par SELENIEW (*Ibidem, Heft. 2, 1891*).

VII. — Formamide de mercure dans la syphilis, par VISHOGROD (*Ibidem, Heft 2, 1891*).

VIII. — Les injections sous-cutanées de calomel. Recherches anatomiques et expérimentales comme contingent à l'étiologie de la suppuration, par MAZZA (*Ibidem, Heft 2, 1891*).

IX. — Die Ausscheidung des Quecksilbers bei cutaner, subcutaner und interner Verabreichung (Élimination du mercure après administration cutanée, sous-cutanée et interne), par KROENFELD et STEIN (*Ibidem, Heft 6, 1891*).

I. — Szadeck a employé le thymol-acétate de mercure en suspension dans un véhicule gommeux, dans 18 cas de syphilis et pratiqué 122 injections de 7 centigrammes dans les muscles de la fesse. Ces injections sont actives et la réaction locale insignifiante. Les syphilides superficielles cédèrent après 6 ou 8 injections, les syphilides pustuleuses après 8 ou 10.

II. — Lœwenthal a employé également le thymol-acétate de mercure en suspension dans la glycérine. Il a traité 60 malades, 50 hommes et 10 femmes, et a fait 293 injections intramusculaires dans les muscles de la fesse. Chaque malade a reçu une moyenne de 8 injections, quelques-uns 10 ou 12. Il signale l'action active du thymol-acétate de mercure; il cause peu de douleurs, pas d'abcès, pas d'entérite, pas de stomatite, si la bouche est bien tenue. C'est un des remèdes les plus sûrs que l'on puisse employer contre la syphilis.

III. — Les auteurs concluent de leurs observations que la méthode hypodermique doit être admise désormais dans le traitement de la syphilis infantile. 47 enfants ont été traités par les injections de sublimé ou d'huile grise. Ces deux agents ont été les mieux tolérés, et il faut considérer la méthode hypodermique comme une ressource puissante à laquelle on peut s'adresser avec pleine confiance.

IV. — Gold a employé les préparations insolubles de mercure en injections dans le traitement de la syphilis secondaire; il a traité à Odessa 382 malades auxquels ont été faites 1,609 injections. Celles-ci ont été peu douloureuses, sans abcès et avec indurations rares; 4 malades ont eu de la gingivite. L'auteur considère le salicylate de mercure comme la préparation la plus avantageuse pour ce mode de traitement. BALZER.

V. — Fischer emploie des injections composées de la façon suivante: biiodure rouge de mercure 0,25, iodure de potassium 2,5, eau distillée 25, lorsqu'il s'agit d'éclaircir des altérations troubles du corps vitré sous-jacentes à une iritis récente avec formation de gomme et d'hypopyon.

VI. — Seleniew a essayé à la clinique du professeur Stukowenkow, de Kiev, les injections de succinimide de mercure en solution au centième

chez 33 syphilitiques. Tous les jours on pratiqua des injections de $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{3}$ de gramme. En tout, il fut fait 933 injections. Pour faire disparaître les accidents, il fallut entre 24 et 40 injections. La douleur et l'infiltration furent ordinairement insignifiantes. Les récidives ne survinrent que dans $8\frac{1}{2}$ 0/0 de la totalité des cas. D'après ses observations, Seleniew considère cette préparation comme un très bon antisypilitique, destiné à rendre de réels services dans la syphilis secondaire.

VII. — Vishogrod recommande très chaudement l'emploi des injections de formamide de mercure. Dans 212 cas où existaient des plaques muqueuses, il s'est servi de ce traitement, qui s'est montré constamment favorable. Tous les 3 ou 4 jours, il injecte à ses malades 15 divisions d'une solution de formamide de mercure à 1 0/0. Le jour même de l'injection, il fait prendre un bain tiède, car à son avis le bain agit très-avantageusement pour calmer les tendances à l'irritation.

VIII. — Mazza injecte à des chiens tantôt un mélange stérile, tantôt un mélange contenant des staphylocoques en activité, du calomel et de la glycérine. Dans tous les cas il obtint une formation de pus, sans cependant pouvoir démontrer la présence de micro-organismes, soit par l'examen microscopique, soit par les essais de culture. Tandis que chez l'homme la formation de l'abcès n'affecte aucun caractère progressif, la formation du pus progresse davantage chez le chien, sans pourtant qu'on constate des signes de réaction générale de l'organisme. L'auteur croit que c'est le calomel ou le bichlorure de mercure, formé dans les tissus en présence du chlorure de sodium, et non pas les microorganismes, qui produit la suppuration. A. SOUPLET.

IX. — L'élimination du mercure ne se fait pas par poussées, mais régulièrement et parallèlement aux doses administrées, d'une manière proportionnelle. Cette élimination par l'intestin n'est pas inférieure à celle qui se fait par les reins, et, dans quelques cas on trouve plus de mercure dans les fèces que dans l'urine. Que le mercure soit absorbé par la méthode cutanée ou sous-cutanée, cela ne provoque pas de grandes différences. Pendant la durée du traitement mercuriel par injection sous-cutanée, un dixième environ de la dose fut retrouvé dans l'urine et les fèces. Une grande partie du mercure se dépose donc dans l'organisme. En applications cutanées, bains, frictions, les doses introduites et éliminées ne peuvent être appréciées et comparées. F. BALZER.

Effets thérapeutiques de la chaleur dans la syphilis, par KALASHINKOFF (*Arch. f. Derm. und Syph.*, Heft 2, 1891).

Kalashinkoff a essayé dans la syphilis l'influence de la chaleur sous forme de bains d'air très chaud. Il a constaté une action extraordinairement salutaire sur l'évolution des phénomènes syphilitiques à chaque période avec ou sans l'adjonction du mercure et de l'iode.

A. SOUPLET.

Zur Behandlung der Syphilis mit subcutanen Calomelinjectionen, par Alfred VOGELER (*Berlin. klin. Woch.*, n° 41, p. 940, 13 octobre 1890).

Leser a fait 291 injections de calomel à la vapeur en suspension dans l'huile d'olives, chez 64 syphilitiques, sans avoir noté un seul abcès; mais il prend les précautions les plus minutieuses d'asepsie. Les injec-

tions sont pratiquées dans la fosse ischio-rectale, à la dose de 1 décigramme répétée tous les 10 jours.

Leser a observé 2 cas d'empoisonnement grave après 2 ou 3 injections faites dans l'intérieur des muscles fessiers; le meilleur traitement de ces accidents consiste à inciser la collection toxique et en pratiquer le grattage.

Des 64 syphilitiques traités par Leser, il en est 41 parfaitement guéris; les récidives s'élèvent à 15,6 0/0. 12 des malades avaient des manifestations des muqueuses, 12 des gommès, 18 un chancre induré, 1 une paralysie des cordes vocales guérie par 4 injections, ainsi que 2 hémiplegies, 4 perforations palatines guéries par 6 injections chacune.

Vogeler conclut: le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel est une excellente méthode, supérieure même à celle des frictions.

J. B.

Traitement du chancre phagédénique par le calomel, par MICHALEWITSCH (*Archiv f. Derm. u. Syph., Heft 6, 1890*).

Dans plusieurs cas d'ulcères phagédéniques et de chancres mous pour lesquels l'iodoforme avait été insuffisant, Michalewitsch a employé le calomel avec un prompt succès. Il se loue de l'application de ce remède, qui n'est pas douloureux.

F. BALZER.

Zur Pathogenese der mercuriellen Stomatitis und Salivation, par LANZ (*Archiv f. Derm. und Syph., Heft 6, 1890*).

Lanz a cherché, par des expériences sur les animaux, à se rendre compte de l'influence de la salivation sur la stomatite mercurielle. Il a pu ainsi constater que le mercurialisme aigu se produit souvent chez les chats; mais la salivation arrive très vite et indépendamment de la stomatite. Il pense aussi que la gingivite et les ulcérations qui surviennent pendant le traitement sont indépendantes de la salivation. On peut, en effet, les observer après l'ablation des glandes salivaires.

F. BALZER.

Des raisons qui militent en faveur de la non-spécificité du gonocoque, par ERAUD (*Bull. de la Soc. de Derm., avril 1891*).

Dans d'autres études, Eraud a déjà montré qu'il existe dans l'urètre normal un diplocoque staphylocoque qui, à l'instar du gonocoque, se comporte d'une façon identique vis-à-vis de la méthode de Gram. Avec Hugounenq il a isolé aussi une ptomaine qu'il qualifie de diastase. Cette substance n'est pas toxique et ne produit ni phlogose, ni suppuration dans le tissu cellulaire; mais injectée dans le testicule du jeune chien, elle produit d'abord de l'orchite, puis l'atrophie de l'organe. F. BALZER.

Zur Frage der Gonorrhoe der paraurethralen und praeputialen Gaenge, par J. FABRY (*Monatsheft f. prakt. Dermatol., Band XII, n° 1*).

L'auteur établit que le gonocoque peut pénétrer dans les glandes et y déterminer une inflammation catarrhale, non suppurative, se traduisant par une augmentation de leur sécrétion. Le parasite peut également s'introduire dans les couches superposées de l'épithélium pavimenteux.

H. H.

Note sur l'albuminurie liée à la blennorrhagie, par BALZER et SOUPLET (*Bull. de la Soc. de Derm., avril 1891*).

Cette note concerne surtout les phases aiguës de la blennorrhagie. En trois mois, 163 malades ont été examinés à l'hôpital du Midi, savoir : blennorrhagies simples, 50 cas, avec albuminurie, 6 cas; orchites simples, 94 cas, avec albuminurie, 10 cas; orchites doubles, 19 cas, avec albuminurie, 4 cas. La proportion pour ce relevé serait de 120/0 environ. Chez six de ces malades il y avait de la cystite, et il est rationnel d'expliquer l'albuminurie par l'urétérite et la pyélite ascendantes; mais il convient d'attribuer aussi un certain rôle à l'infection générale, surtout quand l'albuminurie est abondante. Dans les cas d'orchite notamment se trouvent réalisées des conditions favorables à la diffusion des principes infectieux et partant à la genèse de l'albuminurie. Les balsamiques ne paraissent pas provoquer l'albuminurie, mais leur action est défavorable quand l'albuminurie existe. Le régime lacté absolu constitue le meilleur traitement. La durée moyenne de ces albuminuries a été de quatre ou cinq jours, et dans certains cas de trois semaines.

A. C.

Manifestations cutanées de la blennorrhagie, par RAYNAUD (*Ann. de Derm., n° 3, 1891*).

L'auteur publie quelques observations d'érythèmes polymorphe, rubéoliforme, purpurique, recueillies à Alger, dans le service de Gémy. Il croit devoir expliquer ces érythèmes par l'infection blennorrhagique plutôt que par l'intervention du système nerveux. Le gonocoque, seul ou associé à d'autres microbes pénètre dans l'organisme et peut déterminer ces manifestations cutanées.

F. BALZER.

Arthropathies multiples et atrophie musculaire généralisée consécutive, en rapport probable avec une infection blennorrhagique, par F. RAYMOND (*Gaz. méd. de Paris, 3 janvier 1891*).

Ce fait concerne un jeune homme de 32 ans qui, en 1886, contracte une blennorrhagie et, un mois plus tard, est atteint d'arthrite du genou, puis d'arthrite des vertèbres et de l'épaule droite. Aussitôt après ces manifestations articulaires, le malade commence à maigrir, à perdre ses forces et à éprouver quelques troubles psychiques. Pendant deux ans il est principalement tourmenté par des douleurs vagues le long de la colonne vertébrale, et en avril 1890 une poussée de douleurs cervicales subaiguës le force à entrer à l'hôpital. A ce moment on constate une atrophie musculaire généralisée, mais portant principalement sur les pectoraux, les deltoïdes, les muscles périscapulaires et sur ceux de la région fessière.

OZENNE.

Studi sulla balanoposthite ricorrente con un contributo alla flora dermatologica, par TOMMASOLI (*Archiv f. Derm., Heft 2, 1891*).

L'auteur a recherché les parasites du prépuce dans la balanoposthite; il y a trouvé les staphylocoques aureus, albus et citreus, le streptocoque, le micrococcus ureæ, les sarcines lutea et aurantiaca, une levure blanche; mais ces parasites se retrouvent aussi dans les prépuces sains; de sorte que les ulcères et les érosions infectieuses ne doivent pas être attribués aux bactéries pyogènes.

F. BALZER.

MÉDECINE LÉGALE.

Untersuchungen über die Verschlechterung der Luft durch Gasheizapparate
(Recherches sur la viciation de l'air causée par les poêles à gaz), par
R. KNORR (*Archiv f. Hyg. XI et Hygienische Rundschau I*, p. 62).

Knorr a entrepris ses recherches à l'occasion de deux accidents non mortels survenus dans la salle de bain d'un même appartement. L'eau de la baignoire était chauffée au moyen d'un poêle à gaz muni d'un tuyau de dégagement pour les produits de la combustion, mais le tuyau n'était pas bien installé et permettait indubitablement le reflux des gaz. Dans le premier cas, la dame avait pris son bain et fut retrouvée sans connaissance et un peu cyanosée. Dans l'autre cas, 3 enfants en pénétrant dans la salle dont le bain était déjà chauffé, tombèrent en syncope l'un après l'autre.

Comme il ne pouvait s'agir d'un empoisonnement par le gaz d'éclairage, il ne restait de possible qu'une intoxication déterminée par un entraînement incomplet des gaz de combustion. Afin de se rendre compte de la nature et de la quantité des produits nocifs résultant de la combustion du gaz de houille, Knorr se livra aux expériences suivantes :

Dans une chambre de bain cubant 36 mètres cubes un dixième, il fit chauffer à l'aide d'un poêle à gaz, 250 litres d'eau, fenêtre et porte fermées. Pendant les quatre expériences, la température extérieure était différente et la pièce elle-même tantôt chauffée, tantôt non.

Chaque fois, pendant et après le chauffage de l'eau, Knorr constata à la fois une énorme augmentation de l'acide carbonique (jusqu'à 2,64 0/0) et une diminution de l'oxygène (16,97). Une bougie allumée s'éteignit et Knorr, seul présent à l'expérience, éprouva de la dyspnée, des palpitations et du vertige ; finalement l'atmosphère devint insupportable. Dans aucun cas, il ne put déceler la présence d'oxyde de carbone. Les échantillons d'air analysés étaient prélevés au-dessus de la baignoire. J. B.

Ueber postmortale Blut-Veraenderungen, par F. FALK (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, juillet 1890).

Quand il s'agit de rechercher la présence d'oxyde de carbone dans du sang *frais*, l'épreuve de Hoppe-Seyler par la soude caustique, à condition qu'elle donne des résultats caractéristiques, a la même valeur pratique que l'analyse spectroscopique. Lorsqu'il s'agit de sang *putréfié*, il en est de même de la modification au procédé de Hoppe-Seyler due à E. Salkowski (*R. S. M.*, XXXII, 41).

J. B.

Ricerche sopra alcune macchie di sangue umano di 15-20 anni, par U. MUSSI
(*La Riforma medica*, 23 août 1890).

Mussi a eu l'occasion de faire des recherches sur des taches de sang conservées dans le laboratoire de Coppola depuis 1870, 1872 et 1875 ; il a constaté que les réactions de l'hémine pouvaient encore être décelées, et il a pu obtenir des cristaux de chlorhydrate d'hémine et, à l'examen spectroscopique, les raies d'absorption de l'hématine acide.

GEORGES THIBIERGE.

Suicide par blessure du cœur avec une épingle, par MAGNAN (*Soc. de Biologie*, 16 mai 1890).

Une aliénée, dans un paroxysme mélancolique, s'enfonce au niveau du 6^e espace intercostal gauche, au-dessous du sein, une épingle mesurant à peine 3 centimètres. Elle tombe dans un état syncopal et meurt. A l'autopsie on trouve dans le péricarde 280 grammes de sang liquide ou coagulé. La pointe du ventricule présente sept petits pertuis qui semblent résulter d'autant de piqûres d'épingle, mais la paroi cardiaque n'a pas été traversée en totalité.

G. LION.

The pathology of duodenitis after burns (Brûlures), par William HUNTER (*Brit. med. j.*, p. 76, janvier 1890).

La pathogénie des ulcérations duodénales qui surviennent à la suite des brûlures est encore ignorée malgré les travaux de Curling et de Brown-Séquard. L'auteur attire l'attention sur la similitude des lésions duodénales en pareil cas avec celles qui se produisent du fait de l'empoisonnement par la toluylendiamène. Dans les deux cas, c'est au niveau de l'orifice du canal cholédoque, vers l'ampoule de Vater, que se fait la congestion initiale de la muqueuse et l'ulcération duodénale. Il en conclut que la bile contient un poison irritant d'origine organique, qui se développe sous l'influence des brûlures comme il se développe à la suite des injections de toluylendiamène.

H. R.

Drei Fälle von Verbrennungstod (Trois cas de mort à la suite de brûlures), par Emil WELTI (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, n° 17, 15 août 1890).

Des recherches anatomiques et expérimentales de l'auteur, il résulte que les processus viscéraux (reins, foie) qu'on observe à la suite des brûlures ne sont pas d'ordre inflammatoire, mais bien des lésions secondaires à des thromboses.

La thrombose est le fait primitif, et ce n'est que dans les cas où la mort ne survient qu'au bout d'un certain temps qu'il se développe autour du foyer de nécrose qui en résulte, une irritation inflammatoire.

P. TISSIER.

Étude médico-légale sur les hémorragies méningées chez les nouveau-nés, par H. RICHARDIÈRE (*La Médecine moderne*, 23 octobre 1890).

Les hémorragies méningées sont une des causes de mort les plus fréquentes des nouveau-nés. Elles se produisent au moment même de la naissance et reconnaissent pour cause le traumatisme de la tête fœtale au moment de son passage par les détroits osseux du bassin. Elles diffèrent

de la plupart des hémorragies de l'adulte et des enfants plus âgés par l'absence d'inflammation préalable de l'arachnoïde et de la dure-mère. Elles s'accompagnent très ordinairement d'ecchymoses sous-pleurales. La mort arrive le plus souvent d'une manière extrêmement rapide.

GEORGES THIBIERGE.

Ueber Rückenmarksverletzungen durch Stich (Sur les lésions de la moelle épinière à la suite de blessures par instruments tranchants) par NEUMANN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol. Band CXXII, Heft 3*).

Neumann, décrit en détail les troubles consécutifs aux lésions de la moelle épinière, atteinte à divers niveaux de blessures par instruments tranchants.

Dans les cinq cas qu'il rapporte, la moelle épinière a présenté la section soit de l'une de ses moitiés, soit de quelques cordons, soit de quelques-unes des racines des nerfs rachidiens. Dans deux des cas, l'hémisection transversale a eu lieu comme dans les expériences de Brown-Séquard sur les animaux. L'un des cas offrait l'image d'une section oblique. Dans les deux derniers cas, la section de la moelle épinière eut lieu du côté opposé à la section de la peau. Les troubles du sens musculaire ne se manifestèrent que dans l'un des cas et ils confirment l'hypothèse d'Erb, à savoir que les fibres conductrices suivent un trajet direct et non croisé. L'ataxie, c'est-à-dire l'incoordination des groupes musculaires agissant en sens contraire, quoique combinant leur action, est un symptôme de ces lésions, mais il est de durée transitoire. Dans toutes les observations, le blessé s'affaissait et parfois perdait connaissance. La marche de la maladie montrait une élévation fébrile de la température, qu'on ne pouvait expliquer que par la lésion des centres thermiques. La lésion des cornes antérieures ou de groupes voisins de fibres nerveuses, produit des modifications dans la croissance des extrémités, de telle sorte qu'il y a un arrêt de développement dans le squelette du côté paralysé.

Au point de vue médico-légal, il convient de remarquer que la blessure guérit très vite dans quatre des cas et les troubles du système locomoteur subirent une amélioration notable avec les années. Le traitement par le courant continu ou interrompu a donné les meilleurs résultats. ED. RETTERER.

Verletzung des Nagelgliedes eines Fingers... (Questions médico-légales relatives à un ongle blessé, par BURGHARD (*Viertelj. f. gerichtl. Med. LIII, 245; octobre 1890*).

Un homme est terrassé par un malfaiteur qui, le maintenant sur le sol, lui serre la gorge avec une main, tandis que de l'autre il lui remplit la bouche et les yeux de poussière. Le malfaiteur put s'enfuir sans être reconnu; le seul indice donné par la victime était d'avoir mordu fortement l'index ou le médius de son agresseur tandis que celui-ci lui obturait la bouche. 34 jours plus tard, un individu est arrêté pour vol avec effraction. Burghard est chargé de reconnaître si des écorchures récentes et de petites plaies déchiquetées que l'inculpé présente à la face palmaire du poignet droit peuvent provenir du bris d'une vitre opéré quelques jours auparavant. En faisant cet examen, Burghard découvre que l'accusé offre à la même main d'autres traces de blessures plus anciennes.

La phalange unguéale du médius droit offre l'état suivant : sur le lit unguéal à nu, s'élève un nouvel ongle dépassant déjà de 5 millimètres le repli unguéal postérieur. Le lit de l'ongle, sec, rouge pâle, non douloureux au toucher, présente, à 1 centimètre du repli postérieur, dans la partie

moyenne de son axe transversal, à l'endroit où normalement l'ongle est le plus convexe, un enfoncement mesurant en travers 6 millimètres et limité en arrière par un rebord légèrement convexe, haut de 1 millimètre et demi, blanc rougeâtre et de consistance osseuse. Cet enfoncement pénètre au-dessous de la surface du lit unguéal, jusqu'à 3 millimètres de profondeur vers la pulpe digitale, en formant un cul-de-sac à parois lisses. Le moulage de ce cul-de-sac montra que le fond de la dépression se composait d'une portion moyenne de 4 millimètres de large avec deux sillons longitudinaux superficiels et de deux portions latérales moins profondes et n'ayant que 2 millimètres de largeur.

Burghard fit les réponses suivantes aux questions posées par le juge d'instruction :

1° La dépression du lit unguéal n'est autre qu'une fracture par enfoncement de la dernière phalange avec bourrelet résultant d'une prolifération calleuse. La direction et les dimensions de cet enfoncement permettent de conclure qu'il résulte de l'action violente d'un corps tranchant mousse ayant pénétré dans l'os, suivant la direction de la dernière articulation digitale vers la pulpe du doigt. Il n'est pas invraisemblable que ce corps vulnérant ait été une dent d'homme, vu la largeur de l'enfoncement et la présence des sillons longitudinaux à sa portion moyenne, sillons qui s'expliquent bien par l'action du bord tranchant d'une incisive. L'explication de ces lésions unguéales donnée par l'accusé ne mérite aucune créance : en effet, il prétend qu'elles résultent de la chute d'un bloc de charbon de terre qu'il portait, il y a sept semaines, sur son dos, et qui, après avoir atteint le poignet, aurait arraché l'ongle ; ces dires de l'inculpé ne sont admissibles que pour les cicatrices qu'il présente d'autre part à la face dorsale du poignet droit.

2° Il est impossible de fixer d'une façon précise la date des blessures unguéales, mais on peut dire du moins que cette morsure remonte à plusieurs semaines.

3° La comparaison de la mâchoire de la victime avec le moule en plâtre de l'enfoncement du lit unguéal du doigt de l'inculpé révèle une concordance surprenante entre les dispositions de l'une et la configuration de l'autre. En effet, la seconde incisive supérieure droite dépasse un peu le bord inférieur des dents voisines et mesure 4^{mm},5 de large. Son bord inférieur tranchant présente une encoche qui rend bien compte de la production de deux sillons longitudinaux au fond de la dépression de la phalange blessée. Les incisives placées de chaque côté sont un peu moins longues et leur bord inférieur constitue une pointe mousse de 2 à 3 millimètres de largeur : il est indubitable qu'elles peuvent avoir produit les empreintes superficielles de 2 millimètres de large, situées sur les côtés de la forte dépression médiane.

Eu égard à la possibilité que les dents d'un autre individu présentent les mêmes caractères, le rapport médical doit se borner à déclarer que rien n'est contraire à l'idée que ce soit la victime qui ait fait cette blessure à l'inculpé. Celui-ci a été condamné. (R. S. M., XX, 262.) J. B.

Un cas d'empoisonnement par l'eau blanche, par AIGRE et V. PLANCHON
(*Annales d'hygiène publ. et méd. lég.*, 3^e série, XXIV, 444, novembre 1890).

Nourrisson ayant de l'érythème fessier pour lequel on lui administre à l'intérieur, deux cuillerées à café d'eau blanche. Mort le surlendemain. A l'autopsie : érythème des parties génitales et des fesses. En enlevant l'estomac avec précaution, il se déchire au niveau de la grosse tubérosité : en ce point, les diverses tuniques sont méconnaissables et transformées en une bouillie gélatineuse, grisâtre, translucide, cédant au moindre attouchement. Muqueuse normale au niveau de la petite courbure et de l'extrémité duodénale. L'esto-

mac contient un liquide louche à odeur très fortement acide. Muqueuse buccopharyngée intacte ainsi que les autres viscères, à part les poumons tuberculeux au 2^e degré.

L'analyse chimique révèle que l'acidité de l'estomac est due à l'acide acétique presque exclusivement; en même temps, on constate la présence de plomb dans les viscères. La quantité d'acide acétique contenue dans l'estomac correspondait à 5 grammes d'extrait de Saturne; d'autre part, la quantité de plomb retrouvée n'était que de 2 décigrammes. Cette absence de corrélation entre les proportions de plomb et d'acide acétique décelées à l'analyse, s'explique par le fait que l'acétate de plomb se décompose immédiatement au contact des aliments de l'estomac. Il fournit alors des combinaisons solides, insolubles dans l'eau, renfermant la totalité du métal et pouvant être rapidement éliminées par les déjections. Par suite des mêmes réactions, l'acide acétique se trouve mis en liberté et peut s'accumuler dans l'estomac par imbibition des tissus. (*R. S. M.*, XXV, 148; XXXV, 493 et 495.) J. B.

Ueber Kohlenoxydvergiftung bei Theerdistillation (Empoisonnement par l'oxyde de carbone dû à la distillation du goudron de houille), par F. GREIFF (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und öffentliches Sanitätswesen*, nouv. série, LII, 359).

Dans la distillation du goudron de houille, après avoir obtenu les huiles légères et les huiles lourdes, il reste dans les cornues, la poix de goudron qui représente les 50 0/0 de la masse introduite originairement dans les appareils. Ce résidu peut être l'objet de nouvelles distillations pour en retirer des matières lubrifiantes et une espèce de coke que certaines industries préfèrent au coke du gaz, parce qu'il brûle sans laisser de cendres.

Dans l'usine où s'est produit l'accident, la distillation de la poix de goudron avait lieu dans une cornue en fonte, fixée verticalement dans un massif de maçonnerie. Le couvercle de la cornue portait un trou d'homme et un tuyau de dégagement pour les vapeurs formées pendant la distillation.

A la fin des opérations, on laissait la masse se refroidir jusqu'à ce qu'il fût possible d'ouvrir les orifices de la cornue, sans avoir à craindre l'inflammation spontanée de son contenu. L'ouverture de ces orifices produit un échange immédiat et des plus vifs entre l'atmosphère extérieure et les gaz restés dans la cornue, grâce à l'excès de température et à la faible densité de ceux-ci. Habituellement, au bout de trois ou quatre jours, la cornue est assez refroidie pour qu'on puisse la vider de son contenu. A cet effet, un ouvrier descend dans la cornue, par le trou d'homme et morcèle à coup de ciseau les masses de coke agglomérées, de façon à pouvoir en extraire les fragments par le trou d'homme. Pour faire ce travail, l'ouvrier a nécessairement le corps fortement incliné en avant sur la masse de coke qu'il doit détacher. La haute température à l'intérieur de l'appareil et la poussière de coke l'obligent de sortir de dix en dix minutes, pour respirer à l'air libre.

Lors de l'accident, il s'était écoulé quinze jours depuis la dernière distillation, de sorte que la ventilation et le refroidissement de l'appareil avaient été beaucoup plus prolongés qu'à l'ordinaire. Huit jours auparavant, deux ouvriers avaient déjà extrait, sans inconvénient, une petite quantité de coke de la cornue. Une semaine plus tard, la victime de l'accident fut chargée de terminer la besogne. Cet ouvrier ressortit au

bout de dix minutes pour reprendre haleine, puis dès lors ne reparut plus. Ramené au dehors, il ne tarda pas à succomber.

Le médecin de l'usine conclut à un coup de chaleur, mais une autopsie médico-légale fit constater un empoisonnement par l'oxyde de carbone, diagnostic confirmé par l'examen spectroscopique du sang. Les trois chimistes experts, choisis parmi des directeurs d'usines de produits chimiques, instituèrent des expériences avec des morceaux de coke restés dans la cornue. Les échantillons, suivant qu'ils étaient prélevés au centre de l'appareil ou près de ses parois, offraient des propriétés physiques et chimiques très différentes. Au voisinage des parois de la cornue, les morceaux de coke étaient poreux, remplis d'air et ne renfermaient plus de gaz. Au contraire, les fragments recueillis vers le centre contenaient encore une forte proportion de gaz et, chauffés donnaient lieu à un dégagement de vapeurs jaunâtres et de gaz combustibles, à raison de 20 litres de gaz pour 400 grammes de coke comburé. Ce mélange gazeux se composait pour 100 volumes, de 64 0/0 d'hydrogène, de 23 0/0 d'azote, de 10,7 0/0 d'oxyde de carbone, de 1,2 0/0 d'acide carbonique et de traces de gaz des marais.

Pour vérifier la toxicité de ce mélange gazeux, on en mêla 50 centimètres cubes avec 50 fois son volume d'air; une souris, exposée à cette atmosphère, périt au bout de quelques minutes et son sang présentait le spectre de l'hémoglobine réduite par l'oxyde de carbone. J. B.

Perforations de l'estomac post mortem, par VIBERT (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3^e série, XXV, 82, janvier 1891).

Il arrive quelquefois que l'estomac se perfore après la mort, alors même que la putréfaction n'est pas commencée. Il est extrêmement vraisemblable que ces perforations résultent d'une digestion de la paroi stomacale par le suc gastrique. Brouardel a noté des perforations semblables chez deux individus empoisonnés par la strychnine et il pense que cette substance avait provoqué une sécrétion très abondante du suc gastrique. Vibert a observé le fait suivant qui semble échapper à toute explication :

Un garçon de 19 ans, vigoureux, reçoit un coup de revolver à la tête et ne survit que quelques heures. A l'autopsie faite avant putréfaction, Vibert trouve trois perforations de l'estomac, presque contiguës et dont la plus grande mesurait 4 centimètres. Ces perforations à bords réguliers, parfaitement nets intéressaient toutes les tuniques au même niveau, sans aucune trace d'épanchement sanguin ni de péritonite. En dehors des points perforés, la muqueuse et les autres tuniques de l'estomac étaient normales.

Le diaphragme présentait également trois perforations qui correspondaient à celles de l'estomac, de sorte que des matières alimentaires étaient épanchées dans la plèvre gauche, sans trace de pleurésie. Cet individu n'avait éprouvé aucun traumatisme en dehors du coup de revolver, et il n'avait pas avalé de substance toxique. Les matières alimentaires trouvées dans l'estomac et dans la plèvre consistaient en un magma épais, au milieu duquel se trouvaient beaucoup de lentilles intactes, mais pas de fibres musculaires, bien que le décédé eût mangé de la viande peu de temps avant la blessure. La quantité totale de ces matières n'atteignait pas deux cuillerées à bouche. J. B.

Erkennung des durch Eihautstich hervorgerufenen Abortes (Diagnostic de l'avortement par ponction des membranes), par Adolph GROSSMANN (*Viertelj. f. gericht. Med.* 3^e série, I, 186, janvier 1891).

Grossmann ayant à se prononcer sur la viabilité d'un fœtus de 6 mois dont on s'était débarrassé clandestinement, constata l'état de choses suivant, en examinant le placenta frais, encore adhérent au fœtus. A la face libre de l'amnios, près de la déchirure des membranes, se voyaient trois égratignures, grosses comme des grains de mil, distantes entre elles de 3 centimètres, qui se retrouvaient également sur le chorion; en déplaçant l'une sur l'autre les deux membranes, il fut facile de faire correspondre exactement les lésions qu'elles présentaient et l'on obtint ainsi trois trous. Grossmann mentionna dans son rapport l'existence de ces lésions en ajoutant qu'il y avait lieu de penser qu'elles tenaient à des manœuvres d'avortement.

La femme avoua en effet qu'elle s'était fait avorter par ponction des membranes.

J. B.

Kindesmord durch Verschluss der Luftwege... (3 rapports médico-légaux sur des infanticides par obturation des voies aériennes à l'aide d'objets mous), par FIELITZ (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, 3^e série, I, p. 18, janvier 1891).

Le 1^{er} cas concerne un infanticide par application d'un édredon sur la bouche.

2^e cas. Enfant né à terme, viable et ayant respiré, qui présente les lésions suivantes : Au côté droit du cou, directement au-dessus de l'épaule, 4 stries d'un rouge clair, obliques d'arrière en avant et de haut en bas, longues d'un centimètre et larges d'un millimètre; la 2^e et la 4^e de ces stries sont sur un niveau un peu plus élevé; toutes 4 sont distantes réciproquement de 5 millimètres. Du côté gauche du cou, exactement dans la même région, une strie de même aspect et de même direction. Toutes ces stries incisées laissent voir de petits épanchements sanguins liquides dans le tissu sous-cutané.

Pointe de la langue enclavée entre les mâchoires contracturées. Fluidité remarquable du sang. Mousse sanguinolente dans la trachée; petites ecchymoses sur la face externe du cartilage thyroïde. Congestion générale des viscères.

Conclusions de Fielitz : L'enfant est mort immédiatement après sa naissance, ce qui ressort de l'état des poumons qui, quoiqu'ayant respiré, ont à peine eu le temps de se dilater; en effet, leurs bords antérieurs restent à 3 centimètres l'un de l'autre et le diaphragme remonte encore jusqu'à la quatrième côte. L'enfant a été asphyxié par application d'un objet mou sur l'orifice des voies respiratoires. Il n'a pas été étranglé, car les traces d'ongles eussent été placées beaucoup plus en arrière du cou. Il est vraisemblable (la mère l'a avoué devant le tribunal) que c'est la main gauche qui a été appliquée sur la bouche pour l'obturer, ce qui explique la disposition des stries sur les côtés du cou.

Le 3^e cas est un infanticide par enveloppement dans un tablier.

J. B.

Conservation remarquable des corps humains ayant séjourné 40 ans dans l'eau salée; pénétration du sel à l'intérieur du corps, par KÖENIG (*Berlin. klin. Wochens.*, n^o 53, p. 1212, 22 décembre 1890).

Le 5 février 1849, à la suite du combat de Salzbouurg, la terre étant gelée, un grand nombre de cadavres, gelés eux-mêmes, furent jetés dans un puits d'eau salée. Le 3 juillet 1890, une pluie torrentielle remplit ce puits en ramenant à la surface un certain nombre de cadavres en parfait état de conservation.

Le fait intéressant c'est qu'on trouva des cristaux de sel, même dans les cavités closes : abdomen, péricarde, cerveau ; il en existait aussi dans l'intestin, le poumon.

Cette pénétration d'un milieu liquide à l'intérieur du corps n'a pas encore été signalée. Tous ces cadavres n'avaient plus de globes oculaires, même celui d'un homme qui s'était jeté dans ce puits il y a 4 ans et qui seul avait conservé tout son système pileux, ce qui permit d'en établir l'identité. La peau, le tissu sous-cutané ont le même aspect qu'à l'état frais. Les organes glanduleux, tels que les testicules, ont gardé leur structure caractéristique. Le myocarde est tel qu'immédiatement après la mort. Les os sont imbibés par l'hémoglobine dissoute.

J. B.

I. — Ueber die Verwerthbarkeit des Gonokokkenbefundes für die gerichtliche Medicin (Applications médico-légales de la recherche des gonocoques), par J. KRATTER (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 42, p. 960, 20 octobre 1890).

II. — Du gonocoque dans le diagnostic médico-légal des vulvites, par VIBERT et BORDAS (*La Médecine moderne*, 13 novembre 1890).

III. — Étude sur le gonocoque, par VIBERT et BORDAS (*Ibidem*, 1^{er} janvier 1891).

I. — Pour colorer les gonocoques Kratter recommande de préférence le bleu de méthylène au lieu de la fuchsine. Il conclut :

1° La nature, traumatique ou infectieuse d'une inflammation catarrhale consécutive à un attentat ne peut être affirmée que par l'examen bactériologique qui doit former dès maintenant une partie indispensable de l'expertise médico-légale dans des circonstances de ce genre ;

2° La constatation des gonocoques prouve que l'affection catarrhale en question est de la blennorrhagie et que la transmission s'est opérée très vraisemblablement par un rapport sexuel, car les autres modes de transmission du gonocoque, tout en étant possibles, sont des plus rares dans la vie ordinaire ;

3° La non constatation de gonocoques n'autorise pas à affirmer que l'affection n'est pas infectieuse et n'est pas le résultat d'un rapport sexuel ;

4° Le diagnostic médico-légal ne peut s'appuyer sur les résultats des cultures et des inoculations, car d'une part le gonocoque ne se développe pas sur les sols nourriciers habituels et d'autre part, il n'est pas inoculable aux animaux ;

5° Les gonocoques desséchés se conservent plus de 6 mois sur le linge (tache de chemise) ;

6° Plutôt que de les dessécher, il est bon de photographier les gonocoques constatés dans les préparations. On a ainsi une pièce à conviction durable qu'on peut mettre sous les yeux du tribunal, comme les anneaux d'arsenic, et qui facilite les contre-expertises.

J. B.

II. — Chez six petites filles atteintes de vulvite qui prétendaient avoir subi des attouchements d'invidus chez lesquels il n'existait aucune trace de blennorrhagie, Vibert et Bordas ont trouvé dans l'écoulement un diplocoque présentant tous les caractères du gonocoque (forme en biscuits, disposition en amas ou en tas et non en chaînettes, siège à l'intérieur des globules de pus, réactions colorantes identiques y compris l'impossibilité de le colorer par la méthode de Gram). La médecine légale ne pouvant utiliser que des données absolument certaines, la seule consta-

tation microscopique d'un microbe ayant tous les caractères du gonocoque ne peut suffire au diagnostic médico-légal d'une vulvite.

III. — Les auteurs ont obtenu presque constamment des résultats positifs par la culture sur bouillon, sur agar et sur pommes de terre de pus blennorrhagique ne renfermant pas d'autre microbe que le gonocoque, et les cultures renfermaient un diplocoque ressemblant en tous points au gonocoque.

Le pus de vulvites qu'ils considéraient comme non blennorrhagiques a fourni des résultats analogues, avec quelques différences dans l'aspect des cultures sur pommes de terre.

GEORGES THIBIERGE.

I. — Cas de mort déterminée par un cathétérisme du col utérin durant des manœuvres abortives, par VIBERT.

II. — Discussion de la Société de médecine légale de France (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3^e série, XXIV, 541, décembre 1890).

I. — Vibert a fait l'autopsie du cadavre d'une jeune femme, enceinte de quatre mois, sans pouvoir trouver la cause de la mort; il n'existait aucune trace de traumatisme des organes génitaux et aucun commencement de travail.

L'enquête apprit que cette jeune femme s'était adressée à une matrone pour se faire avorter : une heure après un repas abondant de sa cliente, l'avorteuse introduisit dans le col utérin la canule d'un petit injecteur en caoutchouc, et, au moment où elle s'apprêtait à pousser sur la poire, la jeune femme fut prise de lipothymies, et en quelques minutes, elle succombait.

II. — Dans la discussion, de Beauvais cite le fait suivant : Dame de 55 ans, névropathe, sujette à d'atroces migraines compliquées de vomissements incoercibles. Aucun médicament n'étant toléré par l'estomac, de Beauvais prescrivit un quart de lavement avec 1 gramme de chloral. A peine était-il administré que la malade poussa un cri, accusa une douleur vive dans le rectum, dans le bas-ventre, perdit connaissance, tomba dans un coma profond, et mourait dans la soirée.

J. B.

Suicides in England and Wales, par SHOVELLER (*Journ. of ment. sc.*, janvier 1890).

De 1861 à 1888, pendant une période de 28 ans, il y eut en Angleterre et au pays de Galles 2,200 suicides, soit 80 par million d'habitants. Le nombre des suicides est en progression marquée. Pendant ce laps de temps, il y eut exactement trois suicides d'hommes contre un suicide de femme. C'est entre 55 et 65 ans que les suicides sont le plus fréquents. Chez l'homme, ils atteignent leur maximum de fréquence au voisinage de trente ans et surtout de soixante ans. Par exception, le suicide chez les femmes entre quinze et vingt ans est trois fois plus fréquent que chez les hommes.

DESCOURTIS.

Sulla questione relativa alla potentia generandi dei castrati, par G. MASSAZZA (*La Riforma medica*, 6, 7 et 9 février 1891).

Les animaux châtrés ne perdent pas immédiatement la faculté de copulation. Le canal déférent et les vésicules séminales peuvent encore renfermer des spermatozoïdes pendant un temps assez long après l'extir-

pation d'un testicule normal. Les spermatozoïdes qui se trouvent dans les vésicules séminales et le canal déférent ne conservent leur pouvoir fécondant que quand ils ont encore leurs mouvements caractéristiques ou qu'ils peuvent les reprendre lorsqu'ils sont placés dans certaines conditions. Quand le liquide contenu dans le canal déférent ou dans les vésicules séminales d'un animal châtré ne renferme que des spermatozoïdes dont la tête est détachée du corps, on peut en toute probabilité conclure que tous les spermatozoïdes sont morts. Le pouvoir fécondant des spermatozoïdes contenus dans les voies spermatiques des animaux ne persiste pas au delà du neuvième jour qui suit la castration. En appliquant ces données à l'homme, comme il n'est guère à supposer que l'homme auquel on a enlevé les deux testicules soit en état de se livrer au coït pendant les neuf jours qui suivent la castration, on est amené à nier la faculté de procréation des sujets châtrés. GEORGES THIBIERGE.

Note sur l'homicide par flagellation, par BARBET (*Lyon et Paris, 1890*).

Relation médico-légale de trois flagellations de nègres dont deux mortelles. Barbet conclut des deux autopsies : La mort n'a été amenée par lésion directe d'aucun organe essentiel. Elle a été causée à la fois par l'asphyxie et la syncope.

La syncope a été occasionnée par : 1° L'exsanguité des organes intérieurs (cœur, poumons, etc.), une grande quantité de sang s'étant réfugiée dans le tissu cellulaire sous-cutané, à la suite de la flagellation qui a révélsé la peau comme une puissante ventouse. L'aspect violacé de ce sang, stagnant dans le tissu cellulaire, indique qu'il y a eu suspension de l'hématose cutanée, par suppression de la fonction respiratoire dans les points contus de la peau, et, par conséquent, commencement d'asphyxie partielle. Cette circonstance, en gênant la circulation de retour, a été une des premières origines du trouble des mouvements du cœur ;

2° La sidération des centres nerveux, déterminée à la fois :

a) Par l'impression réflexe, transmise aux centres nerveux, à l'aide des nerfs sensitifs de la peau, et réagissant principalement sur l'organe central de la circulation ;

b) Par les pertes d'influx nerveux dues ensemble : à la douleur physique, à l'angoisse morale, aux fatigues diverses d'hommes se débattant sous les coups, probablement attachés et privés d'aliments et de boissons, peut-être épuisés par une perte de sang qui eût été insignifiante dans l'état valide. Il s'y ajoute sans doute aussi l'influence du froid relatif de la soirée, dans ces régions (Gabon), agissant sur des hommes nus. J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traité de chirurgie, publié sous la direction de Simon DUPLAY et de Paul RECLUS (*Chirurgie des régions, t. II, III, IV et V. Paris, 1890-91*).

Lorsqu'il y a un an nous avons annoncé ici le premier volume du *Traité de chirurgie*, nous avons indiqué la conception générale de cette

œuvre, basée sur le principe de la division du travail. Le résultat obtenu de la sorte est excellent : on nous avait promis, en effet, un volume tous les 4 mois, et avec une exactitude ponctuelle, le tome I ayant paru le 15 janvier 1890, c'est le 15 mai que le tome V voyait le jour. On peut être maintenant assuré que la publication sera faite dans les délais annoncés et qu'en 28 mois on nous aura donné un traité complet de chirurgie. C'est là ce qui intéressait avant tout le lecteur, rendu sceptique par le nombre des ouvrages qu'il a vus rester inachevés ou s'achever avec lenteur.

Énumérons simplement les matières traitées dans les 4 volumes que nous avons reçus.

Le tome II contient les maladies des nerfs (Lejars), des artères (Michaux), des veines (Quénu), des os (lésions traumatiques, Ricard), (lésions non traumatiques, A. Poncet).

Le tome III comprend les tumeurs des os (Poncet), les maladies articulaires (Nélaton, Quénu, Lagrange), les lésions du crâne (G. Marchant) et du rachis (Kirmisson).

Dans le tome IV continue la chirurgie des régions avec les affections des yeux et de leurs annexes (Delens), du nez et des sinus (G. Marchant), de l'oreille (Duplay).

Dans le tome V, enfin, nous trouvons les maladies de la face et du cou réparties entre Broca (vices de développement, maladies de la face, des lèvres, de la langue, du palais, du pharynx, du corps thyroïde), Heydenreich (mâchoires), Hartmann (plancher buccal, œsophage, larynx), Walther (plaies, vaisseaux, muscles, nerfs, ganglions, tumeurs).

Ces quatre volumes sont dignes du premier. Tous les auteurs y ont fait consciencieusement leur besogne, bien mise au courant de la science ; et, de plus, on y trouve autant que possible, comme dans le tome I, le travail attribué à l'auteur spécialement compétent. Pour le prouver, il suffit de dire que le rachis est dû à Kirmisson, les lésions traumatiques du crâne à G. Marchant, les maladies d'inflammation des os à Poncet, les luxations à Ch. Nélaton, les lésions des veines à Quénu, les vices de développement de la face à Broca.

A. B.

Des applications de l'analyse spectroscopique du sang en chirurgie, par HÉNOCQUE et BAZY (5^e Cong. fr. chir. Bulletin méd., 8 avril 1891).

Les recherches que Hénocque et Bazy ont instituées sur l'analyse du sang en chirurgie peuvent être divisées en deux séries. La première se rapporte à l'examen de l'état des patients se présentant pour un traitement chirurgical ; il résulte de ces premières recherches que l'hématoscopie permet, mieux que tout autre procédé, de constater le plus ou moins de tendance de l'organisme à la réparation, et par conséquent de fixer le moment où la temporisation, discutée à l'occasion de certaines grandes opérations, n'est plus indiquée.

La seconde série de ces recherches concerne l'étude de l'action de l'anesthésie chloroformique sur la quantité d'oxyhémoglobine du sang et sur l'activité des échanges ; il en ressort que, pendant l'anesthésie, il y a une augmentation de la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine, c'est-à-dire un ralentissement des échanges.

OZENNE.

L'éther est-il préférable au chloroforme? par JULLIARD (*Revue méd. Suisse romande*, XI, 81, février 1891).

Pour apprécier les dangers respectifs des deux principaux anesthésiques, Julliard a réuni, d'une part, 524,507 chloroformisations avec 161 morts; d'autre part, 314,738 éthérisations avec 21 morts, ce qui donne 1 décès sur 3,258 chloroformisations et sur 14,987 éthérisations.

Sur ses 3,684 anesthésies par l'éther, Julliard n'a jamais eu d'accident inquiétant. Les quatre cinquièmes de ses malades se sont endormis en 5 ou 6 minutes, une vingtaine seulement au bout de 14 minutes, chiffre maximum. Il a eu 574 fois de l'excitation forte ou légère, 314 fois des vomissements.

Pour administrer l'éther, il se sert d'un masque composé d'un squelette de fil de fer revêtu à l'extérieur d'un makintosh et doublé intérieurement d'une épaisse couche de gaze hydrophile, avec rosace de flanelle au fond. Cette couche intérieure reçoit l'éther; elle présente une surface d'évaporation de 700 centimètres carrés. Ce masque, pourvu d'un manche, a 15 centimètres de long, 12 de large et 15 de haut; il ne s'emboîte pas exactement sur la face et laisse sur ses bords des espaces libres par où l'air pénètre. On verse dans le masque 20 grammes d'éther d'abord. Le malade doit fermer les yeux et la bouche, et respirer par le nez. Au bout de 1 ou 2 minutes, on reverse une dose semblable et on place sur le masque une serviette double, dont les bords retombent tout autour; elle a pour but d'empêcher les vapeurs d'éther de se répandre dans la salle. Si la deuxième dose ne suffit pas, on en ajoute d'autres.

Pour les opérations de longue durée, Julliard fait toujours préalablement une piqûre de morphine (jamais chez les enfants, 1 centigramme chez les hommes, 1/2 centigramme chez les femmes); mais la quantité d'éther nécessaire pour obtenir le sommeil et la période d'excitation ne sont diminuées qu'autant que, durant les 20 minutes qu'on laisse écouler entre l'injection morphinée et l'éthérisation, le malade est laissé dans la tranquillité la plus complète. Un autre avantage de la morphine est d'atténuer l'effet défavorable de l'éther sur les voies respiratoires des emphysemateux.

Julliard est donc partisan de l'éthérisation douce et graduelle par opposition à la manière forte, à la méthode suffocante. Il conclut :

L'éther est beaucoup moins dangereux que le chloroforme. Il produit l'anesthésie aussi complètement et aussi constamment. Les inconvénients de l'éther peuvent être évités par une bonne administration, ou tout au moins réduits à l'état de désagréments sans gravité. En tout cas, ils ne peuvent pas être mis en balance avec les dangers du chloroforme. Les contre-indications de l'éther sont son inflammabilité et le mauvais état des voies respiratoires.

J. B.

Fall von Lipomimplantation and der Stirn, par DE RUYTER (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 47, p. 1098, 24 novembre 1890).

Homme s'étant fait en octobre 1888 une fracture compliquée du crâne qui laissa à sa suite une fistule frontale pour laquelle von Bergmann fit, en mai 1889, l'évidement des deux sinus frontaux. Les plaies ont parfaitement guéri, mais la perte de substance osseuse était si considérable qu'il en est résulté une difformité telle que le malade réclamait une opération cosmétique.

A l'imitation de Neuber, qui double les narines trop minces par l'interposition de morceaux de lipomes, de Ruyter a incisé la cicatrice profondément déprimée, relevé la peau et introduit dans la plaie un fragment de lipome fraîchement enlevé, puis il a suturé la plaie.

10 jours après l'opération, on renouvela le pansement et l'on constata que la plaie s'était réunie par première intention. Mais les téguments faisaient une saillie telle que le malade se trouvait plus défiguré qu'auparavant.

Dans le cours de 6 semaines, la voussure, tout en étant encore sensible, a notablement diminué.

J. B.

Greffe cutanée dans l'ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure, par REDARD
(*Gaz. méd. Paris*, 13 décembre 1890).

Jeune fille de 14 ans, atteinte d'un ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure à la suite d'une brûlure; par suite du renversement énorme de la lèvre les dents étaient découvertes, les gencives enflammées, et la lèvre était rouge, excoriée, hypertrophiée. Pour corriger cette difformité, le procédé opératoire suivant a été exécuté: la lèvre étant relevée à sa hauteur normale, après destruction des brides, par une incision transversale de chaque côté, pour combler les deux surfaces sanglantes on a taillé, sur la partie moyenne et antérieure du bras, aux dépens de toute la peau, deux lambeaux qu'on a transplantés sur les surfaces saignantes, et qu'on a maintenus au moyen de nombreux points de suture. La réunion a été parfaite et la peau transplantée a repris sa coloration normale.

Deux ans après cette opération aucune rétraction cicatricielle ne s'était produite.

OZENNE.

Greffes osseuses, par CHALOT (5^e Congrès franç. chir. *Bulletin méd.*, 13 mai 1891).

Dans un cas de tumeur blanche du poignet, qui avait nécessité l'ablation des os de cette région et produit une large brèche, Chalot a eu recours à la greffe osseuse, pour éviter une suppuration prolongée et une rétraction consécutive de la main sur le bord cubital. De minces lambeaux d'os et de cartilage furent empruntés chez un jeune chien, au bulbe et au cartilage épiphysaire du tibia et du fémur; ils avaient 6 à 8 millimètres de long, un à un millimètre et demi d'épaisseur: la cavité opératoire en fut parsemée, parquetée pour ainsi dire, un mois après l'opération, et six mois plus tard on constatait que la région cubitale de la main était formée d'une masse très dure, ostéo-cartilagineuse, et qu'elle n'offrait pas de déformation.

Die künstliche Ueberhäutung offener Krebse durch Hauttransplantaten nach Thiersch (Revêtement cutané des cancers ulcérés, à l'aide de la greffe de Thiersch), par Edwin E. GOLDMANN (*Centralbl. f. path. Anat. u. allg. Path.*, n° 16, 1^{er} août 1890).

L'épiderme, dont les cellules ont une si grande vitalité, peut être nourri par la circulation lymphatique plasmatique, de sorte que sa transplantation sur une surface cancéreuse est possible. Plus tard, il se développe des vaisseaux de néoformation provenant de la surface sur laquelle a lieu la transplantation.

Aussi celle-ci réussit-elle facilement sur les tumeurs riches en vaisseaux; les greffes doivent être aussi minces que possible. Cette pratique a-t-elle une influence sur la marche du cancer. C'est un point que l'observation ultérieure élucidera.

P. TISSIER.

- I. — Topographie crânio-encéphalique. Trépanation, par Paul POIRIER (In-8°, Paris, 1891).
- II. — Ueber den gegenwärtigen Stand der Hirnchirurgie (De l'état actuel de la chirurgie cérébrale), par KRÖNLEIN (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 1, p. 2, et n° 2, p. 33, 1^{re} et 15 janvier 1891).
- III. — Beiträge zur Hirnchirurgie (Chirurgie du cerveau), par Eg. HOFFMANN (*Deutsche med. Woch.*, n° 48, p. 1083, 1890).
- IV. — Cerveau dont les lobes frontaux ont été traversés par une balle de revolver, par LE DENTU (*Bull. Acad. de méd.*, 3 février 1891).
- V. — A case of gunshot wound of the head (Coup de feu de la tête), par GRIFFITH (*Med. News*, p. 203, 21 février 1891).
- VI. — Fall von Hirntumor, par BREMER (*Berlin. klin. Woch.*, n° 40, p. 929, 6 octobre 1890).

I. — Après avoir rapidement rappelé la disposition des sutures du crâne et la morphologie des circonvolutions de la face externe du cerveau, l'auteur étudie les rapports anatomiques du crâne et de l'encéphale et les différents procédés employés jusqu'ici pour déterminer sur le vivant les principales scissures.

De nombreuses expériences personnelles lui ont permis de donner pour ces déterminations les procédés suivants :

Pour déterminer sur la tête entière le point répondant à l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando, il faut prendre, sur la ligne sagittale, à partir du sillon naso-frontal, la moitié plus 2 centimètres de la distance naso-inienne. Comme contrôle et dans les cas où l'inion n'aura pas été bien senti, mesurer sur la ligne sagittale 18 centimètres à partir du sillon nasal.

Pour l'extrémité inférieure de la même scissure, compter à partir du trou auditif 7 centimètres sur la perpendiculaire pré-auriculaire à l'apophyse zygomatique, ou mieux encore prendre sur cette ligne à partir du trou auditif la moitié moins un travers de doigt de la distance auri-sagittale.

La scissure de Sylvius est suffisamment déterminée par la ligne nasolamdoïdienne, ligne partant de l'angle naso-frontal pour aboutir à un centimètre au-dessus du lambda. Cette ligne touche le cap de la troisième frontale, suit sur une longueur de 4 à 6 centimètres la portion externe de la scissure de Sylvius, rase la partie inférieure du lobule du pli courbe, traverse à sa base le pli courbe et aboutit à la suture pariéto-occipitale. Les centres échelonnés sur la scissure de Rolando sont faciles à mettre à découvert, une fois cette scissure bien déterminée.

Le pli courbe est situé sur la ligne sylvienne, à 7 centimètres du lambda; le lobule du pli courbe, immédiatement au-dessus de la même ligne, à 10 centimètres du lambda.

Le sinus latéral est sous-jacent au tiers postérieur de la ligne allant du point nasal à l'inion, il est par conséquent très facile à déterminer. On peut encore tracer plus facilement le sinus, en prolongeant en arrière jusqu'à la protubérance occipitale externe le bord supérieur de l'apophyse zygomatique. La largeur de ce sinus est d'un centimètre et demi.

Le sinus longitudinal supérieur a une longueur moyenne d'un centimètre; mais cette largeur est triplée par la présence des lacs sanguins et des confluent veineux placés sur les côtés du sinus. Donc les appareils du trépan devront toujours être placés, à moins d'indication spéciale, sur les côtés de la ligne médiane au moins à un centimètre et demi de cette ligne.

L'auteur donne une description très détaillée du sinus sphéno-pariétal de Breschet qui établit une anastomose entre le sinus longitudinal supérieur et le sinus caverneux; tantôt libre et formant une veine méningée moyenne antérieure, tantôt logé dans une gouttière osseuse, comme une veine diploïque, il suit le trajet de la branche antérieure de l'artère méningée moyenne; il est donc situé un peu en avant de la région que l'on trépane pour arriver sur la zone Rolandique; mais il se peut que le chirurgien soit obligé d'agrandir l'ouverture en avant, et alors il ouvrira infailliblement le sinus. De plus, chaque fois qu'on tentera la ligature de l'artère méningée moyenne, il faudra prévoir une hémorragie veineuse par lésion du sinus sphéno-pariétal qui sera nécessairement intéressé.

Dans la deuxième partie de ce travail, Poirier expose l'état actuel de la chirurgie cérébrale et passe successivement en revue: les abcès du cerveau et du cervelet, les épanchements intra-crâniens, les épanchements séreux ventriculaires (ponction et drainage des ventricules latéraux), enfin le traitement chirurgical des psychoses.

Un dernier chapitre est consacré à l'étude très détaillée du manuel opératoire de la trépanation, de la résection temporaire du crâne, de la réparation des pertes de substance de la voûte crânienne, de la crâniectomie, enfin de la trépanation de l'apophyse mastoïde et de la ligature de l'artère méningée moyenne.

G. WALTHER.

II. — 1^o *Plaies du cerveau*. La ligne de conduite du chirurgien est moins déterminée par la solution de continuité du cerveau que par celle des parties molles et des os sous-jacents, car les plaies de l'encéphale avec intégrité des enveloppes crâniennes guérissent bien spontanément. L'indication urgente est d'enlever méticuleusement les esquilles, corps étrangers et agents d'infection, de transformer la plaie compliquée et sale des téguments, des os et du cerveau, en une plaie nette, aseptique, aussi régulière que possible. C'est l'opération qu'on désigne sous le nom d'extraction des esquilles ou de trépanation primaire, désignation insuffisante pour la plupart des cas. En effet, pour obtenir l'asepsie complète de la plaie, il est souvent nécessaire d'agrandir la plaie cutanée, d'entailler au ciseau les bords de la perte de substance osseuse, de fendre la plaie de la dure-mère et d'enlever des lambeaux de matière cérébrale; tout cela ne peut être fait à la hâte et réclame beaucoup de temps, surtout s'il s'agit d'une femme.

Malgré tout, le pronostic varie tellement avec le siège et l'étendue de la plaie qu'il est peu raisonnable de fixer un chiffre de mortalité par une statistique générale. Kroenlein a traité 19 plaies cérébrales: 9 dues à des suicides par armes à feu et 10 à des fractures du crâne. Des 9 plaies par revolver, 6 ont entraîné la mort; chez aucun des 3 survivants le projectile n'a été extrait du cerveau. Des 10 fracturés, 4 ont succombé.

Contrairement à Langenbeck, Bergmann et Bardeleben, et d'accord avec Kuester, Kroenlein est d'avis, pour les plaies par balles de revol-

ver, d'agrandir suffisamment la perforation de l'os pour pouvoir introduire le petit doigt dans la cavité crânienne, extraire les esquilles de la table interne et peut-être aussi le projectile s'il est placé superficiellement. L'extraction primaire des esquilles et la trépanation primaire ont avant tout un but prophylactique : prévenir le développement d'une méningite purulente et d'un abcès cortical. Lorsqu'elles n'ont pas été pratiquées et que le blessé présente des signes de méningo-encéphalite, on doit toujours tenter, malgré ses faibles chances de réussite, la trépanation dite intermédiaire, pour évacuer le pus et prévenir ainsi la généralisation de la méningite ou la rupture de l'abcès dans les ventricules.

2° *Abcès chroniques du cerveau.* Ils se distinguent à la fois par leur étiologie beaucoup plus variée, par leur siège plus profond dans la substance blanche et par leur enkystement dans une membrane pyogénique ; ils peuvent être uniques ou multiples suivant leur origine. S'ils se rencontrent le plus souvent au niveau de la plaie crânienne, les abcès traumatiques tardifs siègent quelquefois dans un lobe éloigné ou même dans l'hémisphère opposé, ou bien il s'agit d'abcès métastatiques multiples. La difficulté d'en diagnostiquer le siège constitue la difficulté de leur traitement. Il en est de même pour les abcès cérébraux consécutifs à une otite moyenne suppurée. Les abcès cérébraux d'autres provenances sont beaucoup plus rares et offrent moins de chances favorables à l'intervention, en raison même de leur cause (tuberculose et syphilis des os du crâne, périostite phosphorique, ozène, infection purulente, actinomycose, etc.).

Kroenlein préfère le trépan au ciseau et un bistouri effilé à l'emploi préalable d'une ponction exploratrice.

3° *Tumeurs du cerveau.* Il résulte des recherches nécropsiques de Hale White à Londres et d'Allen Starr à New-York qu'une infime partie seulement (2 0/0) des tumeurs cérébrales sont justiciables d'une intervention chirurgicale. Les résultats obtenus sur le vivant sont loin d'infirmes cette appréciation. En effet, l'analyse de 22 trépanations du crâne entreprises pour tumeurs cérébrales conduit aux conclusions suivantes : une fois le diagnostic était erroné et le patient a succombé à une méningite due à l'opération (cas de Bergmann où il s'agissait en réalité d'un kyste apoplectique) ; trois fois on ne put trouver la tumeur (cas Weir et Birdsall, *R. S. M.*, XXX, 252 ; Pilcher, *R. S. M.*, XXXIV, 233, et Hammond (*R. S. M.*, XXX, 598) ; les 3 opérés ont succombé, dont les 2 derniers du fait de l'opération ; trois fois l'opération n'a pu être achevée (cas Fischer, *R. S. M.*, XXXV, 598 ; Hirschfelder et Heath) ; les deux premiers de ces malades ont succombé, le deuxième directement à la suite de l'opération. Il ne reste donc que 15 cas où l'on ait pu extirper la tumeur ; or 7 de ces malades ont succombé, 6 aux suites de la trépanation (cas Barton, *R. S. M.*, XXXIV, 234 ; Horsley, Bennet May, Birdsall, Bergmann, Bennet et Godlee, *R. S. M.*, XXVII, 274, et XXXVIII, 73) et un à la récurrence (Horsley).

Enfin les 8 derniers cas ont donné des guérisons ; ce sont un cas de gomme (Mac Ewen, *R. S. M.*, XXVIII, 619), 2 cas de tubercules (Horsley, *R. S. M.*, XXIX, 650, et Mac Ewen), 3 cas de sarcomes (Mac Ewen, Durante, Weir et Seguin, *R. S. M.*, XXXIII, 206), 1 cas de fibrome (Keen, *R. S. M.*, XXXIII, 207) et 1 cas d'espèce non déterminée (Horsley).

Toutes les opérations dont l'issue a été heureuse concernent des tumeurs siégeant soit dans la zone motrice, soit dans le lobe frontal.

En face de ces résultats, Kroenlein, loin de se rallier aux propositions émises par Horsley (*R. S. M.*, XXXVII, 605), conclut avec von Bergmann que les indications opératoires pour tumeurs cérébrales sont très restreintes.

4° *Epilepsie corticale* ou jacksonienne. Les opérations sont encore trop récentes pour affirmer la réelle guérison de la maladie.

5° *Compression cérébrale* due à des épanchements sanguins ou à des exsudats. Les épanchements sanguins les plus importants sont ceux dus à une plaie de l'artère méningée moyenne; la compression du cerveau qu'ils déterminent est souvent prise soit pour une simple commotion, soit pour une contusion du cerveau. Kroenlein en a opéré 6 cas avec intégrité du crâne (*R. S. M.*, XXVIII, 615, et XXXVII, 217).

Les épanchements sanguins dus à la rupture des sinus veineux, ceux étalés sous la dure-mère ou entre les méninges ne fournissent guère d'indications opératoires vu la difficulté de leur diagnostic et de leur évacuation; souvent d'ailleurs ils ne font que compliquer des lésions cérébrales irréparables.

Quant à la proposition d'Horsley (*R. S. M.*, XXXVII, 605) de traiter tous les cas d'hémorragies intra-cérébrales par la ligature de la carotide primitive, Kroenlein la repousse. Malgré l'asepsie parfaite, il a vu deux de ces ligatures entraîner une mort rapide, et Pilz, dans son mémoire basé sur 520 ligatures de ce vaisseau, en a compté 165 suivies de phénomènes cérébraux graves et 50 entraînant une hémiplegie.

Pour les épanchements séreux intra-ventriculaires de la méningite tuberculeuse, constituant l'hydrocéphalie aiguë, on a pratiqué la ponction des ventricules latéraux, afin d'évacuer le liquide. C'est Bergmann qui a le premier fait cette opération; mais l'enfant a succombé 5 jours plus tard à sa méningite. En présence de l'inefficacité de tout autre traitement, Kroenlein estime cependant qu'il y a lieu de continuer ces tentatives opératoires.

6° *Céphalées rebelles*. La trépanation a été préconisée par Horsley (*R. S. M.*, XXXVII, 605) pour tous les cas de céphalalgie qui ont résisté aux médicaments. Emise d'une façon aussi générale et absolue, la proposition d'Horsley est insoutenable, car ce serait reculer jusqu'à l'antiquité où toute douleur de tête constituait une indication indiscutable à trépaner.

7° *Psychoses graves*. Burckhardt (*R. S. M.*, XXXVII, 592) a pratiqué l'excision de certaines régions de substance grise. J. B.

III. — 1° Homme de 20 ans, admis le 1^{er} avril à l'hôpital pour une suppuration de l'oreille droite, datant de 3 mois, consécutive à l'influenza. Gonflement et douleur au niveau de l'apophyse mastoïde, pas de fièvre, mais douleurs violentes irradiées à tout le côté droit de la tête. On diagnostique : empyème de l'apophyse et pachyméningite suppurée. Large trépanation. On trouve d'abord un petit abcès entre l'os et la dure-mère, puis la sonde pénètre dans une cavité profonde de 4 centimètres, allongée, d'où s'écoule du pus; il y avait donc un abcès cérébral latent. L'ouverture est à 3 centimètres 1/2 du conduit auditif externe, en arrière et au-dessus de ce conduit. Gaze iodoformée. Drainage. Guérison sans fièvre. Cicatrisation complète en 5 semaines.

2° Dans le second cas, il y avait, au contraire, des signes de lésion en foyer.

On avait diagnostiqué un abcès situé dans les circonvolutions centrales (monoplégie du membre supérieur et épilepsie partielle). La trépanation n'ayant pas sauvé le malade, on trouva à l'autopsie une méningite suppurée de la base. Dans la substance blanche existait une cavité remplie de sang et de débris de fibres nerveuses. La cause des désordres était un traumatisme suivi de plaie du cuir chevelu et de fissures du crâne.

L. GALLIARD.

IV. — A la suite d'un coup de revolver dans la partie antérieure de la région temporale droite, on avait immédiatement observé de l'hébétude, sans coma, de l'aphasie absolue sans paralysie de la langue, une paralysie du facial inférieur du même côté que la blessure, une paralysie des muscles frontal et sourcilier du même côté, due à la section des filets les plus élevés du facial par le projectile au moment de sa pénétration, enfin une très légère parésie du membre supérieur également du même côté que la blessure. Dans la nuit du deuxième au troisième jour, il se produisit des convulsions épileptiformes du même côté que la blessure, qui eurent pour siège la face et le bras. Quelques jours après, le blessé mourait de congestion pulmonaire.

L'autopsie a montré que le projectile avait traversé les deux lobes frontaux et avait déterminé un foyer de contusion cérébrale au niveau du pied de la deuxième circonvolution frontale, avec irradiation sous la frontale ascendante jusqu'au sillon de Rolando et un peu vers la partie voisine de la troisième circonvolution frontale. Aucune suppuration.

OZENNE.

V. — Un garçon de 16 ans reçoit une balle de revolver dans la tête : la balle pénétra au milieu du rebord sourcilier droit et sortit à la partie supérieure de l'occipital, blessant les lobes antérieur, moyen et postérieur du cerveau. Le patient présentait une hémiplegie complète du côté gauche et était dans un état de choc profond. Les orifices d'entrée et de sortie sont réunis par une incision de 7 pouces et demi; on enlève des fragments du frontal, du pariétal, de la grande aile du sphénoïde, de la portion squameuse du temporal et de l'occipital qui sont fracturés; les orifices de la dure-mère sont élargis, et en irriguant le trajet intra-cérébral qui contenait de nombreuses esquilles chassées par la balle, il s'échappe au moins deux onces de substance cérébrale. Un tube à drainage est placé dans ce trajet, et les plaies sont suturées. La guérison fut assez rapide, les signes de paralysie disparurent; l'intelligence ne paraît pas avoir été diminuée. Six semaines après l'accident, se développa une hernie du cerveau qui atteignit le volume du poing. Au bout de six mois, le blessé put marcher sans soutien.

MAUBRAC.

VI. — Homme de 20 ans ayant des attaques convulsives débutant par des spasmes du peaussier. On diagnostique une tumeur cérébrale ayant lésé ce centre musculaire. L'opération confirme ce diagnostic. La tumeur enlevée était un angiome caverneux. Les attaques cessèrent après l'opération. J. B.

I. — Trépanation pour épilepsie, paralysies et traumatismes, par BOGES, etc.

(5^e Congrès fr. chir. Bulletin méd., 1^{er} avril 1891).

II. — A case of brain surgery (Chirurgie du cerveau), par W. A. HAMMOND

(N. York med. journ., p. 337, 27 septembre 1890).

III. — Trephining for paralysis of speech (Trépanation dans un cas d'aphasie),

par J. D. JONES (N. York med. journ., p. 42, 12 juillet 1890).

IV. — A case of trephining... (Trépanation d'un abcès du cerveau consécutif à une otite moyenne), par C. WEIR (Brit. med. j., p. 1296, 6 décembre 1890).

I. — Boges expose le manuel opératoire de la trépanation préconisé par Horsley. L'application en a eu lieu pour des épilepsies focales ou pour des tumeurs. En ce qui concerne l'épilepsie focale, l'opération

consiste à exciser le foyer; s'il s'agit d'une épilepsie traumatique, on détermine d'abord le point qui a été lésé, au moyen des excitations électriques, puis on excise le point qui est le siège des accès. Quant aux tumeurs, lorsque après trois semaines le traitement médical a été inefficace, la trépanation s'impose.

Girard a fait une trépanation du crâne chez une épileptique de 30 ans, qui s'était logé une balle de revolver dans la tempe droite. Cette femme, dont les accès avaient débuté à l'âge de 14 ans, se répétant quatre et cinq fois par semaine, avait eu 6 enfants, dont 5 sont morts d'épilepsie. La trépanation a eu lieu dans un point correspondant à la circonvolution frontale ascendante. Le projectile enlevé, la réunion par première intention eut lieu, et dans les cinq mois qui ont suivi l'opération aucune grande crise n'a reparu et on n'a observé qu'une seule absence.

Duret a appliqué la trépanation chez un jeune homme de 15 ans, pour un traumatisme de la tête amenant de la perte de connaissance, puis de l'aphasie subite et des troubles parétiques et héli-anesthésiques du côté droit. Trépanation au niveau de la 3^e circonvolution frontale, incision de la dure-mère, au-dessous de laquelle on trouve un caillot concret et quelques cuillerées de sérosité sanguinolente. Guérison de la plaie en huit jours et disparition des accidents. Le malade était guéri lorsqu'un mois plus tard, après des excès alcooliques, il est pris d'une attaque convulsive et meurt. L'examen anatomique révéla que l'épanchement recouvrait toute la partie inférieure de la région motrice corticale et la troisième circonvolution frontale.

A. Broca rappelle qu'il y a trois ordres principaux d'indications de la trépanation : ou bien on doit se guider sur une lésion extérieure, ou bien l'on a affaire à une tumeur qui provoque des symptômes de localisation. Enfin, dans le 3^e cas, c'est un abcès consécutif à l'otite moyenne qui fait réclamer l'intervention.

Jeannel communique l'observation d'un jeune homme atteint d'épilepsie jacksonienne. Les crises ne dataient que de six mois; elles étaient fréquentes, surtout nocturnes, et s'accompagnaient de spasmes de l'avant-bras et de la moitié droite et inférieure de la face. Aphasie incomplète, céphalalgie limitée à gauche. La trépanation eut lieu au niveau du sillon de Rolando et fit voir, au-dessous de la dure-mère, une masse violacée, se continuant avec la substance cérébrale, et dont on fit l'ablation. Résultat thérapeutique à peu près nul.

Michaux relate le cas d'un homme de 38 ans apporté en état d'apoplexie complète depuis trois jours. Pas de lésions traumatiques apparentes; alcoolisme et albuminurie. Trépanation sur la ligne rolandique gauche et incision de la dure-mère, sous laquelle on rencontre de gros caillots noirâtres. Intégrité du crâne et des vaisseaux; amélioration très rapide; toutefois gêne persistante de la parole et faiblesse du bras droit 5 mois plus tard.

Toison a entrepris un certain nombre d'expériences au sujet de la résection temporaire des lambeaux ostéo-cutanés, et il est arrivé à constater qu'au bout de deux à trois mois chez le chien la soudure osseuse était solide, pourvu qu'il n'y eût pas de suppuration. Les sections à la scie se consolident mieux que les sections au ciseau et leur application au corps humain doit être préférée.

Reynier communique l'observation d'un enfant de dix ans, présentant, depuis plus d'une année, des crises d'épilepsie jacksonienne, rapportée à une lésion probablement néoplasique. Une première trépanation, faite au milieu de la ligne rolandique, fit découvrir un kyste, recouvrant en partie la

substance corticale sans y adhérer et s'enfonçant dans cette substance. La paroi supérieure du kyste put seule être enlevée dans cette première séance. Malgré une amélioration de 75 jours, les crises reparurent, et, dans une deuxième trépanation du pariétal, le kyste fut découvert et extrait presque en totalité : la portion restante adhérente fut grattée avec la curette. Sauf quelques crises apparues les premiers jours après cette intervention, il n'y a eu aucune nouvelle attaque depuis trois mois. Quant à la tumeur, on a reconnu que c'était un gliôme à cavité centrale kystique, qui siégeait à l'extrémité inférieure du sillon rolandique.

Piqué rapporte le fait suivant : Jeune fille de 19 ans; coup de revolver dans la région frontale; état comateux pendant 6 jours, puis aucun autre accident qu'une hémicranie continue à droite; au bout de plusieurs mois l'exploration ayant démontré la pénétration de la balle, trépanation du frontal et incision de la substance cérébrale, d'où s'écoule un flot de pus. Guérison complète en quelques semaines.

Doyen mentionne le cas d'un jeune homme de 16 ans qui, depuis l'âge de 7 ans, avait successivement présenté de l'affaiblissement des facultés intellectuelles, des crises épileptiformes, de l'hémiplégie gauche, l'abolition de la vision à droite et une voussure crânienne diffuse au niveau de l'écaillé du temporal. La trépanation mit à nu un kyste albumineux intra-cérébral de plus d'un tiers de litre de contenance.

OZENNE.

II. — Fille de 19 ans, ayant depuis les premières semaines de la vie des convulsions; hémiplégie gauche avec contracture permanente, imbécillité, accès intermittents de manie paroxystique. L'auteur diagnostique une tumeur des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes à droite.

Il trépane, le 25 juillet, au niveau de la partie supérieure du sillon de Rolando. En disséquant les méninges adhérentes il provoque une abondante hémorragie. Après incision, il voit jaillir de la sérosité en grande abondance. Un drain pénètre à une profondeur de trois pouces. L'opérée succombe le 28 juillet.

On constate, à l'autopsie, qu'il s'agit d'un kyste occupant la presque totalité du lobe pariétal, la partie postéro-supérieure du lobe frontal et pariétal; le kyste a détruit surtout l'écorce de ces lobes. On ne trouve pas trace de l'insula de Reil. Le noyau caudé, le noyau lenticulaire et la capsule interne sont partiellement détruits.

Pas d'abcès, pas d'hémorragie, pas de méningite récente.

L'auteur pense que l'affection primitive a été une méningite. D'après lui, l'autopsie n'explique pas la mort, car la jeune fille s'était remise du choc opératoire et il n'avait pas surgi de complication.

L'auteur emploie un procédé simple pour déterminer le sillon de Rolando. Il se sert des lignes verticales du schéma de Reid, l'une partant du conduit auditif externe, l'autre commençant au bord postérieur de l'apophyse mastoïde. Mais il trace une ligne horizontale qui commence en avant à un pouce au-dessus du trou sus-orbitaire. Le point où cette horizontale rencontre la verticale antérieure correspond à l'extrémité antérieure du sillon de Rolando qui se dirige obliquement vers l'extrémité supérieure de la seconde verticale.

L. GALLIARD.

III. — Femme de 26 ans, aphasique, non inconsciente, ayant eu des convulsions limitées au côté droit. Hémiplégie complète à droite, constatée le 16 octobre 1889. L'auteur pense que ces accidents sont dus à une fracture du crâne. La malade recouvre l'usage des membres, mais reste aphasique : elle ne peut prononcer que deux ou trois mots.

Le 19 mars, trépanation au niveau de la circonvolution de Broca. Pas de caillot au-dessus ni au-dessous des méninges. Il y a un ramollissement céré-

bral évident. On n'a donc rien à tenter. Suture, drainage, iodoforme. Les jours suivants l'opérée a de la fièvre et du délire. On enlève les sutures le 21 mars. Convulsions. La guérison de la plaie est complète au mois d'avril.

Le résultat de l'opération est favorable au point de vue de l'aphasie. Dès le 3^e jour, le vocabulaire de la malade s'enrichit de quelques mots, et plus tard il augmente progressivement.

L. GALLIARD.

IV. — Homme de 26 ans, atteint d'otite chronique. Développement brusque d'une céphalée excessive, avec vomissement, signes de méningite, lenteur du pouls, obtusion cérébrale. Pas de gonflement de la région mastoïdienne.

Trépanation de l'apophyse mastoïde sans autre incident qu'une forte hémorragie : pas de pus. On ne pousse pas l'opération plus loin. Le lendemain, l'état s'est aggravé et le malade est moribond. On plonge un trocart fin dans le cerveau par la plaie du temporal : il s'échappe quelques gouttes de pus. L'incision est agrandie, et laisse issue à deux onces de pus fétide. Soulagement immédiat, disparition du coma et retour de la parole, mouvements des membres possibles. Guérison sans encombre en deux mois.

H. R.

Drainage des ventricules cérébraux pour hydrocéphalie, par A. BROCA (*Rev. de chirurgie*, n^o 1, p. 37, 1891).

Broca a fait avec succès le drainage du ventricule latéral droit chez un enfant de 3 ans, atteint d'une hydrocéphalie de moyenne intensité, présentant tous les accidents habituels de la maladie : volume considérable du crâne, avec petitesse de la face, os du crâne soudés, fontanelles oblitérées, mais les sutures formant des saillies appréciables à la palpation ; regard vague, hébété, parfois fixe, parfois rendu strabique par des mouvements irréguliers des yeux ; parole nulle, cris inarticulés ; mastication, déglutition très imparfaites ; membres inférieurs flasques, mal musclés, grêles, incapables de supporter l'enfant ; le membre supérieur gauche est contracturé en flexion depuis un an environ, à la suite de convulsions.

C'est pour remédier à cette contracture que Broca, le 16 septembre 1890, fit la trépanation à 3 centimètres au-dessus et à 3 centimètres en arrière du méat auditif droit. Après l'ablation d'une rondelle osseuse de 1 centimètre 1/2 de diamètre, incision de la dure-mère, puis ponction avec le gros trocart de l'aspirateur Potain, en visant à peu près le méat auditif du côté gauche ; à 4 centimètres de profondeur, défaut de résistance, écoulement d'un liquide clair ; retirant le tube aspirateur, on laisse le liquide couler lentement par la canule pour éviter une trop brusque décompression cérébrale. Un drain est introduit le long de la canule et laissé en place, la canule enlevée. Sutures de la peau, drain coupé ras. Réunion immédiate. Suites très simples.

Le 3 novembre, le tube ne donnant plus aucun écoulement fut enlevé ; le dernier pansement fut pratiqué le 10 novembre. A ce moment la contracture du bras gauche a complètement disparu.

Broca cite encore dans son mémoire une observation inédite de Thirion et l'analyse d'un mémoire de Keen, renfermant 3 observations personnelles.

C. WALTHER.

Crâniectomie chez les microcéphales et chez les enfants arriérés, par LANNELONGUE, Th. ANGER, MAUNOURY, HEURTAUX (5^e Cong. franç. chir. *Bulletin méd.*, 1^{er} avril 1894).

La crâniectomie est applicable dans la microcéphalie proprement dite, chez les enfants arriérés et idiots par suite de compression cérébrale intra-utérine, chez les jeunes sujets atteints d'hématomes, de pachyménin-gites, de kystes séreux, et dans quelques affections du cerveau.

Deux procédés de crâniectomie peuvent être mis en usage, le procédé linéaire et le procédé à lambeau. La crâniectomie linéaire est faite le long du sinus longitudinal supérieur et on peut la prolonger à travers la suture coronale sur la zone motrice ou rolandique vers le centre de Broca. Elle peut être pratiquée sur l'occipital en arrière, entre le sinus latéral et la suture occipito-pariétale; enfin, elle peut être faite transversale et symétrique sur le frontal en décollant le sinus longitudinal.

Sous le nom de crâniectomie à lambeau, on comprend les pertes de substance du crâne combinées de manière à dessiner des lambeaux, qui restent adhérents par une base osseuse plus ou moins large. Quelquefois le lambeau ne comprend qu'un seul os, le pariétal, le frontal; le plus souvent il est à cheval sur deux os, le frontal et le pariétal d'habitude. Les lambeaux ont la forme d'un U, d'un V renversé, d'un rectangle, d'un fer à cheval, d'un T.

La perte de substance est large de 8 à 12 millimètres. Le crâne est attaqué à l'une des extrémités de la plaie par une couronne de trépan, puis on se sert de pinces coupantes de différents modèles. On peut laisser la dure-mère intacte au fond, mais s'il y a pachyméningite, des mouchetures ou l'ouverture du foyer deviennent nécessaires. La dure-mère incisée doit être suturée. Il est inutile de réséquer le périoste.

Sur 25 opérations, Lannelongue compte 24 guérisons opératoires et 1 mort par septicémie aiguë; 3 suppurations minimales. Le plus jeune enfant avait 8 mois, le plus âgé 12 ans 1/2. Sur les 25 cas, il y avait 13 garçons et 12 filles. La plupart des opérés ont été améliorés.

Th. Anger rapporte l'observation d'une fillette de 8 ans que la crâniotomie a très améliorée. Cet enfant marchait à peine, avait des mouvements très désordonnés, ne parlait pas et n'avait aucun instinct de la conservation. Dès le lendemain de l'opération elle commençait à s'intéresser à ce qui l'entourait, devenait plus affectueuse et, en quelques jours, ses fonctions intellectuelles se réveillaient. Un mois plus tard les progrès étaient sensibles.

Maunoury cite le fait d'une petite fille microcéphale de 4 ans, qui n'a retiré que peu de bénéfice de l'opération. Cette enfant, dont les fontanelles étaient complètement fermées, ne pouvait se tenir sur ses jambes et était sujette à des mouvements convulsifs; jamais elle n'avait parlé. Après la crâniectomie, faite sur le pariétal gauche, il y eut une amélioration intellectuelle et physique notable: malheureusement au bout de trois mois le recul recommença et l'état redevint ce qu'il était antérieurement.

Heurtaux a opéré une petite fille de six mois atteinte de convulsions généralisées et fréquentes et de vomissements. Résultat nul; mort cinq semaines après.

OZENNE.

Des anévrismes diffus consécutifs de l'aorte et particulièrement des anévrismes diffus thoraciques, par Sava PÉTROVITCH (Thèse de Paris, décembre 1890).

Les anévrismes diffus thoraciques doivent être distingués en internes et externes. Les premiers sont formés par l'épanchement de sang dans les médiastins, dans le tissu cellulaire sous-pleural etc., ou bien dans un organe parenchymateux. Les derniers sont plus nombreux; ils forment une tumeur à l'extérieur après perforation du thorax. Les anévrismes diffus extra-thoraciques siègent le plus fréquemment au niveau de la partie supérieure du sternum. Ce sont les anévrismes de l'aorte abdo-

minale qui ont le plus de tendance à former des tumeurs diffuses. Viennent ensuite ceux de l'aorte ascendante et de sa portion transversale. Les anévrismes de l'aorte descendante ne forment que très rarement des anévrismes diffus, mais leur volume acquiert habituellement d'énormes proportions, et leur sac présente, le plus souvent, une solution de continuité comblée par un organe contenu dans la cavité du thorax ou par la face interne de celui-ci. L'aorte ascendante donne dans la majorité des cas des tumeurs diffuses extra-thoraciques et exceptionnellement des tumeurs diffuses internes. Les anévrismes de la portion transversale de l'aorte se rompent le plus souvent dans l'intérieur du thorax et donnent le plus grand nombre des anévrismes diffus internes.

Puis l'auteur étudie soigneusement la symptomatologie et le traitement : il rejette l'introduction de corps étrangers dans l'intérieur des tumeurs diffuses.

MAUBRAC.

Traumatic aneurysm of the internal maxillary artery, par W. C. KRAUSS
(*New York med. journ.*, p. 129, 2 août 1890).

Peintre de 34 ans, tombant d'un échafaudage, le 23 août 1889 ; pas de fracture, mais endolorissement de la région temporale gauche. Le lendemain matin, il est réveillé par un bruit qui semble venir de l'oreiller. Ce bruit cesse quand le malade suspend sa respiration ou quand il se comprime la carotide. Dès lors, il dure jour et nuit.

Le 30 août, l'auteur constate, à l'union de l'os malaire et de l'apophyse zygomatique du frontal, du gonflement et une impulsion synchrone au pouls radial. Le stéthoscope permet de percevoir un bruit rude intermittent, qui cesse quand on comprime la carotide externe, qui persiste quand on comprime l'artère temporale. L'auteur diagnostique un anévrisme de la maxillaire interne ou d'une de ses branches.

Le malade ayant refusé de subir la ligature de la carotide externe, on lui applique la nuit une pelote maintenue par un ressort. Au bout de dix semaines, le bruit a cessé, les signes de l'anévrisme ont disparu ; la guérison paraît complète.

L. GALLIARD.

Zur Unterbindung der Arteria und Vena femoralis (2 observations de ligature simultanée de l'artère et de la veine fémorales), par H. ZEIDLER (*Berlin. klin. Woch.*, n° 39, p. 888, 29 septembre 1890).

1° Garçon de 14 ans blessé par son couteau à la cuisse gauche ; à 9 centimètres au-dessous du ligament de Poupert, sur le trajet de l'artère fémorale, plaie transversale de 1 centimètre de long. Après désinfection de la plaie on l'agrandit par en haut et par en bas au moyen d'une incision perpendiculaire. Dans l'aponévrose profonde, petite plaie bouchée par un caillot dont l'enlèvement produit une forte hémorragie, amoindrie mais non arrêtée par la compression artérielle. Après incision de l'aponévrose, on reconnaît à la paroi antérieure de l'artère fémorale une blessure transversale s'étendant sur la moitié de la circonférence du vaisseau. Au même niveau, la veine fémorale offre une plaie transversale de même étendue et fortement béante. Double ligature de l'artère et de la veine avec excision du tronçon intermédiaire des 2 vaisseaux. Guérison sans le moindre incident.

2° Homme de 25 ans ayant reçu un coup de ciseaux à la cuisse droite ; à 6 centimètres au-dessous du ligament de Poupert, sur le trajet de l'artère fémorale, plaie transversale de 1 centimètre de long. Agrandissement de la plaie en haut et en bas à l'aide d'incisions. Dans l'aponévrose profonde, plaie obturée par un caillot dont l'enlèvement provoque une violente hé-

morragie que modère, sans l'arrêter, la compression de l'artère. L'artère se trouve complètement sectionnée immédiatement au-dessous de l'origine de la fémorale profonde et les deux bouts ne sont maintenus en contact que par des débris de la gaine ; à même hauteur, plaie de la veine fémorale, intéressant les deux tiers de la circonférence du vaisseau, au niveau de l'abouchement de la veine profonde. Quintuple ligature artérielle portant sur : 1° l'artère fémorale au-dessus de l'origine de la fémorale profonde ; 2° l'artère fémorale profonde ; 3° l'artère circonflexe externe ; 4° l'artère honteuse externe ou inférieure ; 5° le bout périphérique de l'artère fémorale. Excision de tous les tronçons artériels ainsi isolés. Double ligature de la veine ainsi que de ses collatérales intermédiaires et excision des tronçons veineux ainsi isolés. Pansement de gaze iodoformée. Guérison. (*R. S. M.*, VIII, 346 ; X, 670 ; XVII, 682 ; XIX, 695 ; XXI, 679 ; XXII, 283 et 674 ; XXVI, 698, et XXXIV, 238.)

J. B.

Ueber einen Fall von Lymphangiectasie, Lymphorrhagie und Pulmonalarterienstenose, par EGER (*Deutsche med. Woch.*, n° 24, p. 527, 1890).

Fille de 29 ans, née de parents sains, ayant 4 frères et sœurs en bonne santé, petite, chétive. La maladie actuelle a été reconnue à l'âge de 7 ans.

Le 23 octobre 1889, à la vulve, les grandes lèvres hypertrophiées sont semées de petites bulles à contenu clair et de verrues pigmentées. Au-dessus de la symphyse, on voit des traînées de ces bulles qui existent aussi à la région inguinale. Pas d'érosions, pas d'humidité. Les ganglions lymphatiques ne sont pas tuméfiés. En outre, signes de rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Le 26 octobre, survient la lymphorrhagie périodique (laquelle se montre toutes les semaines, ou plus rarement). On recueille 30 grammes de liquide alcalin qui se divise en 2 couches, l'une supérieure laiteuse, l'autre claire, jaunâtre. Au microscope, vésicules adipeuses, globules rouges et blancs.

Du 3 au 8 novembre, lymphorrhagies abondantes ; le liquide est évalué à 1 litre 1/2 ou 2 litres. La malade est faible mais débarrassée d'une tension gênante des parties malades. Polydipsie.

13 janvier 1890, l'usage prolongé de l'ergotine a amené une grande amélioration.

L. GALLIARD.

I. — Fall von geheiltem Echinokokkus des Brustraumes (Opération d'un kyste hydatique de la cage thoracique), par E. KUESTER (*Berlin. klin. Woch.*, n° 37, p. 853, 15 septembre 1890).

II. — Zur Lungenchirurgie (Chirurgie du poumon), par Eg. HOFFMANN (*Soc. méd. de Greifswald*, 1^{er} novembre 1890).

I. — Femme âgée de 34 ans, opérée, le 19 juillet 1886, d'un kyste hydatique de la rate. Une ponction exploratrice préalable avait donné lieu à une urticaire. Un an plus tard, la malade commence à éprouver de la gêne respiratoire. Fin juin 1889, on constate, du côté gauche du thorax, une voussure fluctuante au niveau des 2^e et 3^e côtes ; matité absolue depuis la clavicule jusqu'au bord supérieur de la 6^e côte ; pas de déplacement du cœur. Une ponction exploratrice fournit un liquide aqueux ne contenant ni albumine ni éléments figurés ; urticaire consécutive. Opération le 2 juillet. Résection de la 2^e côte ; incision de la plèvre et de la capsule fibreuse ; évacuation du contenu liquide qui renferme d'abondants scolex, et extraction de la vésicule mère ne contenant pas de vésicules filles. La cavité avait les dimensions d'une tête d'homme ; le poumon était refoulé en arrière et en bas. Tamponnement avec gaze iodoformée. Les jours suivants, fièvre intense et pleurésie séreuse de la face postérieure du poumon. Résection des deux côtes au

point le plus déclive. Evacuation d'un litre de sérosité. Le poumon complètement comprimé s'étend comme un rideau à travers la cavité thoracique, et il est adhérent au niveau de son bord latéral. On le transperce en cet endroit pour placer un drain qui traverse d'avant en arrière la cavité pleurale. Guérison lente, troublée par divers incidents. Le thorax est très peu affaissé et le poumon se dilate bien durant l'inspiration.

J. B.

II. — 1° Kyste hydatique du poumon gauche avec gangrène pulmonaire, chez un homme de 42 ans. Résection costale; on pénètre dans une poche kystique communiquant avec les bronches. Guérison complète en deux mois.

2° Kyste hydatique du poumon chez un garçon de 7 ans; la ponction a fourni un liquide clair. Résection de la 8^e côte; on enlève un kyste uniloculaire gros comme une tête d'enfant situé dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire. Guérison en 2 mois.

3° Abscess métastatique du poumon droit, consécutif à une double otite moyenne avec carie de l'apophyse mastoïde gauche, chez un homme de 24 ans. Symptômes de pyémie. Crachats infects, matité à la base droite. Après ponction et résection costale, on pénètre dans un foyer gros comme le poing. Drainage. Tamponnement avec la gaze iodoformée. Guérison complète au bout de 7 mois.

L. GALLIARD.

De la résection du sommet du poumon, par TUFFIER (*Semaine médicale*, 16 mai 1891).

Tuffier a pratiqué deux fois cette opération. Dans le premier cas, il s'agissait d'une hernie spontanée du poumon occupant le deuxième espace intercostal; l'incision fut faite dans cet espace, la plèvre pariétale décollée. On reconnut l'intégrité du poumon: la cure radicale fut faite et la plaie fermée par une suture à quatre étages. Le malade guérit.

Dans le deuxième cas, l'opération fut faite de propos délibéré pour une tuberculose, limitée au sommet du poumon droit, chez un homme de 25 ans. Aucun signe de lésion pulmonaire en dehors de ce point. Voici comment l'auteur a procédé: il décolle la plèvre pariétale autour du sommet du poumon, sauf à la partie la plus interne. Il crée ainsi un pneumothorax extrapleurale, qui facilite la rétraction du poumon dans l'espace décollé.

Le sommet du poumon, se trouvant ainsi réduit, peut être amené dans l'espace intercostal. Après ce décollement, on put sentir nettement le point induré du poumon. Cet organe est saisi avec une pince spéciale, au-dessous de laquelle passe un fil de soie plate; la ligature serrée, on fixe le pédicule au périoste de la face interne de la deuxième côte, en le suturant bien exactement, pour éviter le pneumothorax. Puis les muscles, la peau sont suturés et la plaie fermée. Pendant toute l'opération (35 minutes) la respiration et la circulation n'ont pas été troublées.

Au sixième jour ablation des sutures. L'auscultation montre que la respiration se fait depuis la fosse sus-épineuse jusqu'à la base sans aucun bruit anormal. Le murmure vésiculaire est seulement un peu affaibli. Au dixième jour, le malade était guéri.

Le sommet du poumon enlevé mesure 5 centimètres de hauteur; il contient une nodosité tuberculeuse du volume d'une noisette. Présence de bacilles.

A. CARTAZ.

Étude clinique sur les goîtres sporadiques infectieux, par CHARVOT (*Rev. de chirurgie*, n° 9, p. 701, 1890).

La plupart des infections générales connues (fièvre typhoïde, rhumatisme, malaria, oreillons, variole, tuberculose, septicémie) peuvent se lo-

caliser sur le corps thyroïde pour déterminer l'apparition de goîtres aigus ou chroniques.

Les goîtres aigus, sporadiques, qui se montrent dans les régions non infectées par le goitre et dont il est impossible aujourd'hui d'approfondir la pathogénie, doivent être d'origine infectieuse.

Le miasme infectieux se comporte dans la glande thyroïde comme dans les autres tissus. Il détermine de simples congestions (rhumatisme, malaria, variole), des thyroïdites phlegmoneuses (fièvre typhoïde, malaria) ou suppurées (fièvre typhoïde, tuberculose).

Beaucoup de sujets atteints sont originaires de pays à endémie goitreuse, présentent des antécédents héréditaires ou portent des tumeurs goitreuses depuis leur enfance. Avec les notions actuelles sur les infections et le microbisme latent, on est forcé d'admettre l'importance d'une tare organique fixant la localisation infectieuse, d'une prédisposition goitreuse, dont l'infection intercurrente viendrait hâter l'éclosion.

Le traitement doit s'adresser à l'infection originelle. C. WALTHER.

Electro-puncture of a cystic goitre ; disappearance of both cyst and goitre, par MASSEY (*Journ. of amer. med. Assoc.*, p. 39 ; 14 mars 1891).

Une femme de 41 ans avait un goitre du volume d'une orange. Le lobe gauche, qui était le plus volumineux, était le siège d'un kyste qui augmentait progressivement : l'affection existait depuis dix-sept ans. Par une aiguille introduite dans le kyste on fit passer un courant de 35 milliampères durant quinze minutes. Quatre jours après, nouvelle séance, après évacuation du contenu du kyste ; cette manœuvre fut répétée cinq fois avec un courant de 100 milliampères ; le liquide se reproduisant après chaque séance, on établit un tube à drainage et on appliqua sur chaque point de la face interne du kyste le pôle positif, avec un courant de 100 et 50 milliampères ; le kyste disparut, et quelques temps après, sans traitement, le goitre disparut entièrement.

MAUBRAC.

Remarques cliniques et opératoires à propos de cinq observations de gastrotomies pratiquées pour cancer de l'œsophage, par TERRIER et LOUIS (*Rev. de chirurgie*, n° 4, p. 308, 1891).

Terrier et Louis rapportent cinq observations de gastrotomies pratiquées pour cancer de l'œsophage, par Terrier, Delagenière et Hartmann. Les opérateurs ont toujours suivi les principes de la méthode décrite l'an dernier par Terrier.

Ces cinq nouvelles observations ne font que confirmer l'opinion déjà émise par Terrier, à savoir l'innocuité de l'intervention chirurgicale.

Les accidents ultérieurs tenant à la fistule gastro-cutanée peuvent être évités en pratiquant une fistule petite dans un point élevé de l'estomac. Dans un des cas cités, Delagenière, par une incision médiane au-dessous de l'appendice xyphoïde, a pu placer la fistule sur la partie supérieure de la région pylorique. Dans l'observation d'Hartmann, tout obturateur fut supprimé dans le trajet de la fistule ; sous le pansement fait avec du carbonate de magnésie, la plaie à sec guérit très facilement par première intention. Cette méthode, qui avait déjà donné plusieurs excellents résultats à Bryant, semble mettre absolument à l'abri des complications imputables à l'écoulement des liquides gastriques au dehors.

Les pansements, fort simples, doivent être faits avec des poudres inertes ou mieux pouvant neutraliser les quelques gouttes de liquide stomacal qui dans les efforts pourraient s'écouler au dehors. La poudre de carbonate de magnésie est surtout conseillée par Terrier et Louis.

Les résultats au point de vue de la survie du malade, tiennent à l'étendue de la lésion, à son ancienneté et à l'envahissement de l'estomac. Les auteurs insistent sur l'utilité d'une intervention précoce, avant que l'inanition ait amené une cachexie trop accentuée; généralement, l'opération est faite trop tard, et la survie est par cela même peu considérable.

C. WALTHER.

Des abcès gazeux sous-diaphragmatiques par perforation des ulcères de l'estomac, par DEBOVE et RÉMOND (*Soc. méd. des hôpitaux, 24 octobre 1890*).

Une femme, âgée de 33 ans, était sous l'influence d'une seconde poussée d'ulcère de l'estomac, quand elle entra à l'hôpital, se plaignant d'une vive douleur à l'épigastre qui est très ballonné; une palpation minutieuse permit de reconnaître l'existence d'un bourrelet au bas de la tuméfaction gazeuse qu'un lavage n'avait en rien modifiée; avec une ponction aspiratrice on put retirer 500 grammes de pus et des gaz fétides; une incision amena l'issue d'un litre de pus; l'abcès s'étendait devant le lobe gauche du foie et surtout en arrière, un drain a pu s'enfoncer à 28 centimètres de profondeur, en arrière de la rate; la malade sortit guérie deux mois après son entrée à l'hôpital.

Debove résume 20 observations analogues toutes terminées par la mort, avec ou sans intervention chirurgicale.

H. L.

I. — Statistique des résections d'intestin et d'estomac, par BILLROTH.

II. — Discussion du Congrès international de Berlin (*Berlin. klin. Wochens. n° 40, p. 926, 6 octobre 1890*).

I. — De 1878 à 1890 il a été fait, à la clinique de Billroth, 124 opérations de ce genre, pour des rétrécissements du pylore ou pour des tumeurs malignes. Ces opérations comprennent 41 résections du pylore, dont 34 chez des femmes de 26 à 28 ans; 28 pour cancers, 1 pour sarcome; la durée de l'opération a oscillé entre 1 h. 1/4 et 3 heures; la longueur des segments réséqués avait de 4 à 21 centimètres; deux fois seulement le cancer fut enlevé en totalité par la résection du pylore; 22 opérés ont succombé et 19 ont guéri; mais un grand nombre d'entre eux ont été emportés par des récidives. Des 13 atteints de cancer survivent 3 femmes: 2 opérées, il y a 4 ans 1/2 et 2 ans 1/2, ont même augmenté de poids. Des 6 opérés pour rétrécissement cicatriciel, une femme est morte au bout de 3 mois 1/2, ayant un abcès dans la cicatrice. Un jeune homme a survécu 5 ans à la résection pratiquée pour un ulcère, puis il a succombé à une hémorragie provenant d'un nouvel ulcère. Les autres opérés sont en bonne santé.

La flexion du pylore a été observée 5 fois; dans 3 cas il fallut, pour assurer le diagnostic, une gastrostomie exploratrice, qui se termina 3 fois fatalement (2 péritonites, 1 collapsus).

Pour des cancers non extirpables, la gastro-entérostomie a été faite 28 fois (12 fois d'après le procédé Wölfler et 16 fois d'après celui de von

Hacker) ; l'issue a été fatale dans la moitié des cas ; la survie a duré de 1 à 8 mois.

11 opérations sur l'intestin grêle n'ont donné aucun décès, dont 8 anus artificiels, 1 anus contre nature traumatique, et 1 cancer. Les 24 résections du cœcum (11 cancers, 13 ulcérations) ont fourni 11 guérisons, tandis que 8 opérations sur le côlon se sont terminées 4 fois par la mort. Les 7 résections du rectum ont eu un résultat opératoire favorable.

Donc, à l'exclusion des résections d'intestin grêle et de rectum, qui n'ont pas fourni de décès, 50 0/0 des opérés ont succombé. Billroth a pratiqué 2 fois la résection de l'S iliaque ; ses deux opérés sont morts ; l'opération est très difficile et ne saurait être recommandée.

II. — Lauenstein a fait 25 opérations pour des rétrécissements pyloriques, à savoir 12 résections (4 guérisons, 8 morts) 1 opération de Heincke et de Mikulicz qui se termina fatalement, de même que l'opération pour enlever un calcul biliaire comprimant le pylore, et 11 gastro-entérostomies d'après la méthode de Wölfler, dont 9 suivies de guérison et 2 de mort.

Bernays préfère, à la gastro-entérostomie, qui lui a donné de mauvais résultats, une opération palliative : gastrostomie exploratrice et raclage des tissus à l'aide d'une curette tranchante.

Maydl, entre un grand nombre de résections de l'estomac et de l'intestin, a pratiqué 9 fois la cholectomie avec 2 morts ; 3 des malades ont été opérés à deux reprises. Quand il s'agit d'un cancer intestinal, il se borne d'abord à établir, suivant les préceptes de Volkmann, un anus artificiel, attendant qu'un an ou deux se passent sans récidence avant de faire l'entérorraphie.

Kœnig, contrairement à Bernays, considère la gastroentérostomie comme l'une des meilleures opérations, à condition toutefois que ce soit le duodénum qu'on abouche avec l'estomac. Vu les progrès actuels de la chirurgie, il est inadmissible de pratiquer le curetage d'un néoplasme, qu'il siège dans la peau ou dans l'intestin.

J. B.

I. — De la résection du bord inférieur du thorax pour aborder la face convexe du foie, par CANNIOT (*Thèse de Paris, janvier 1891*).

II. — Vorstellung eines Falles von Fixirung eines Schnürlappens der Leber (Opération de fixation d'un lobe hépatique pédiculé), par LANGENBUCH (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 3, p. 68, 19 janvier 1891).

III. — Vorstellung eines Falles von operativ geheilter Wanderleber (Opération pour fixer un foie mobile chez une femme ayant déjà subi la néphrorraphie), par LANGENBUCH (*Ibidem*, n° 3, p. 69, 19 janvier 1891).

IV. — Vorstellung eines Falles von Cholecystotomie (Cholécystotomie avec fixation à la paroi abdominale de la vésicule refermée), par LANGENBUCH (*Ibid.*).

V. — Discussion de la réunion libre des chirurgiens de Berlin (*Ibidem*, n° 3, p. 69, 19 janvier 1891).

VI. — Cholécystotomies idéales. Ptose et lithiase, par ROUX (*Revue méd. Suisse romande*, X, 613 et 707, octobre et novembre 1890).

VII. — Studien zur conservativen Chirurgie der Gallenblase, par ROSE (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 46, p. 1072, 17 novembre 1890).

VIII. — **Cholécystectomie. Production spontanée d'une fistule biliaire. Guérison des accidents hépatiques et de la fistule biliaire**, par TERRIER (*Bull. acad. de méd.*, 10 mars 1891).

IX. — **Chirurgie der Gallenwege (Chirurgie des voies biliaires)**, par COURVOISIER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 2, p. 48, 15 janvier 1891).

X. — **Modificazione al metodo Graves-Volkman nella cura delle cisti da echinocco intra epatiche**, par S. M. ZUCO (*Bullet. della Soc. Lancisiana degli ospedali di Roma*, janvier 1890).

I. — Il existe en avant une partie du bord inférieur du thorax qui n'est pas doublée à sa partie profonde par la plèvre pariétale. Cette partie, entièrement cartilagineuse, peut être réséquée sans blesser aucun organe important et sans ouvrir le cul-de-sac pleural. Cette opération, conçue et exécutée par Lannelongue pour des péri-hépatites tuberculeuses, permet d'aborder les abcès et les kystes de la face convexe du foie et d'une façon générale tous les abcès sous-phréniques. La partie enlevée peut comprendre les 10^e, 9^e, 8^e et quelquefois 7^e cartilages costaux et les espaces correspondants. Cette résection ne gêne pas la respiration, et permet d'explorer la face convexe du foie mieux que ne le font les incisions transpleurales.

MAUBRAC.

II. — Fille de 50 ans, atteinte, depuis 20 ans, de crises périodiques de vomissements annoncées par de la pesanteur stomacale et des douleurs dans la tête, le foie, les reins et les épaules; constipation opiniâtre; perte graduelle des forces. Dans les derniers temps, envies impérieuses et fréquentes de miction et œdème du membre inférieur gauche.

Toute la moitié droite de l'abdomen est remplie par une tumeur lisse, dure, en connexion avec le foie, très mobile. Il s'agissait très vraisemblablement d'un lobe hépatique pédiculé.

Le 11 juin 1890, laparotomie qui confirme ce diagnostic. Le lobe droit du foie descendait jusque dans la fosse iliaque; dans la région comprise entre le rebord costal et l'ombilic, il était partagé en deux moitiés par un pont linéaire de tissu conjonctif, disposé transversalement. La courbure droite du colon, refoulée en bas et à gauche, était fortement infléchie et comprimée. Langenbuch repoussa d'abord, avec quelque force et autant qu'il le put, le foie en haut et en arrière, de façon que le bord inférieur du lobe pédiculé, qui comprenait l'appareil biliaire, se trouva un peu au-dessus de l'ombilic. Puis, à ce niveau même, il incisa transversalement les parois abdominales et fixa le lobe pédiculé un peu au-dessus de cette incision et parallèlement à elle, à l'aide de huit sutures à la soie qui l'unirent aux couches musculaire et sous-cutanée des parois. Il s'écoula à peine une goutte de sang par les trajets des fils hépatiques qui furent énergiquement serrés, de manière qu'ils formaient de profonds sillons, avant d'être noués. Le lobe pédiculé se trouvait ainsi à la fois remplacé, dans une situation plus normale, notablement réduit dans son volume et suspendu par une large surface à la paroi abdominale. Guérison sans incidents. Les vomissements, l'inappétence et la gêne des garde-robes ont successivement disparu (*R. S. M.*, XXXIII, 223).

III. — Il s'agit de la malade (*R. S. M.*, XXXV, 301) à laquelle Langenbuch avait pratiqué la néphrorraphie lombaire pour un rein droit mobile. Les douleurs s'étant reproduites, on reconnut qu'elles tenaient à la mobilité du foie. Un bandage contentif s'étant montré inefficace, Langenbuch résolut de faire l'hépatorrhaphie. Incision transversale des parois abdominales le long de l'arc costal. Huit gros fils de soie introduits à la face inférieure du foie traversent

d'une part toute l'épaisseur de cet organe, d'autre part les cartilages costaux avoisinants; après les avoir fortement serrés on les noue. Hémorragie insignifiante; quelques minutes ont suffi pour l'opération. Guérison sans incident.

La moitié droite du diaphragme pendait flasque et convexe en bas; elle était par conséquent paralysée. Il y a un grand nombre d'années, cette femme avait eu une diphtérie grave qui a pu laisser à sa suite cette inertie d'une moitié du diaphragme, laquelle à son tour pouvait être la cause du déplacement du foie.

IV. — Femme de 30 ans ne souffrant réellement du foie que depuis quatre semaines. La vésicule biliaire forme une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, mobile, dure et très douloureuse à la pression. Incision exploratrice le 17 janvier 1890, qui confirma le diagnostic: issue de liquide mêlé de pus et de bile et de 15 calculs; gonflement catarrhal de la muqueuse, épaissement et induration inflammatoires des parois de la vésicule. Comme la cholécystite suppurée avait eu un caractère aigu, Langenbuch renonça pour le moment à enlever la vésicule et se décida pour la cholécystotomie idéale avec une modification, qu'à son insu Czerny a également imaginée. Après avoir suturé la vésicule incisée, on la fixa en outre dans la plaie abdominale, comme si, au lieu d'avoir refermé la vésicule, on voulait établir une fistule biliaire. Guérison rapide.

V. — E. Kuester comprend très bien que Langenbuch se trouvant en présence d'une cholécystite suppurée ne se soit pas borné à pratiquer ce qu'on a appelé l'opération idéale, c'est-à-dire la réduction de la vésicule suturée. Lui-même n'eût pas agi autrement. Mais il n'en reste pas moins, en général, partisan de la cholécystotomie idéale qui ne lui a donné que des succès, à part le premier cas où il tomba sur une vésicule déjà perforée avec épanchement de bile dans le péritoine et début de péritonite.

Pour Eugen Hahn, c'est seulement la cholécystotomie en deux temps qui, à raison de son innocuité, mériterait le nom d'opération idéale; aussi lui reste-t-il fidèle.

Langenbuch n'admet pas cette façon de voir. Pour lui, l'opération en deux séances présente également des points faibles. Après avoir attendu au moins six jours pour ouvrir la vésicule, on peut tomber, ainsi qu'il lui est arrivé, sur des parois si épaisses et si résistantes au bistouri que les adhérences se rompent. En second lieu, la plaie a une grande tendance, au-dessus de la vésicule suturée, à se rétrécir et à pousser un peu partout ses bourgeons charnus, en sorte que parfois on n'a plus qu'un point libre pour inciser la vésicule. Puis, la vésicule elle-même, quoique maintenue par les fils, peut s'enfoncer et se déplacer sous l'influence de la traction exercée par le foie et du cheminement des fils au sein des bourgeons charnus. En outre, la vésicule peut être si petite que pour l'attirer suffisamment dans la plaie abdominale, il faille au préalable l'ouvrir, la vider et renverser en dehors les lèvres de l'incision pour lui donner un peu plus de longueur. Enfin, si un accès de coliques hépatiques se produit pendant le temps nécessaire à l'établissement des adhérences, les contractions de la vésicule peuvent amener la rupture des sutures. On se met à l'abri de toutes ces éventualités fâcheuses, en procédant comme le propose Langenbuch, qui conclut en disant qu'il est impossible de prescrire une technique immuable pour la cholécystotomie et qu'on doit agir suivant les circonstances.

Eugen Hahn réplique qu'il ne s'est jamais heurté aux difficultés rencontrées par Langenbuch. Il suture la vésicule au péritoine dans une étendue de deux centimètres carrés, à l'aide de 6 à 8 fils qu'il laisse longs en interposant de la gaze iodoformée dans leurs intervalles. Cinq ou six jours plus tard, pour ouvrir la vésicule, il incise la partie qui se trouve à l'intérieur des fils. Il ne se rappelle pas avoir vu survenir des hernies consécutives, mais dût-il s'en produire que cela ne le ferait pas renoncer à la cholécystotomie en deux temps qui lui paraît beaucoup plus sûre.

J. B.

VI. — Roux relate un cas de cholécystectomie, deux de cholécystotomie idéale et appelle l'attention sur la relation pathologique qui, d'après lui, paraît exister entre la splanchnoptose et la lithiase biliaire. Les trois opérations se sont terminées par guérison.

La cholécystectomie a été pratiquée chez une femme de 32 ans qui avait déjà subi la castration et à laquelle Roux fit d'abord la suture lombaire du rein droit mobile et douloureux. Peu de mois après, il lui fit l'excision de la vésicule biliaire, après avoir constaté l'oblitération du canal cystique.

Les deux cholécystotomies concernent l'une une femme de 32 ans qui présentait en outre de la gastrectasie avec gastroptose considérable. Le diagnostic hésitait entre un cancer du pylore et des calculs biliaires. La laparotomie exploratrice montra un rétrécissement cicatriciel du pylore qui fut dilaté avec les doigts et un calcul de la vésicule biliaire. L'opération n'a pas mis absolument fin aux accidents dyspeptiques et douloureux.

L'autre observation de cholécystotomie idéale est celle d'une femme de 45 ans ayant un déplacement du rein droit. Pour reconnaître les dimensions et la situation de l'estomac, Roux préconise l'insufflation buccale à l'aide de la sonde œsophagienne.

Dans la discussion de la société vaudoise de médecine, Demiéviller trouve qu'il est difficile d'admettre que ce soit par hasard que sur cinq femmes atteintes de cholélithiase observées par lui dernièrement (dont les trois opérées par Roux), toutes les cinq présentent de l'entéroptose. Pour lui comme pour Roux, il y a relation de cause à effet entre les deux affections.

J. B.

VII. — 1^{re} cas. *Cholécystotomie idéale* chez une jeune femme avec extraction de 79 calculs variant de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette; guérison apyrétique en 18 jours.

2^e cas. Homme venu trouver Rose en août 1884 pour un pyopneumothorax et un phlegmon de la paroi thoracique, consécutifs à la rupture d'un abcès de la vésicule biliaire dans la poitrine. Après avoir réséqué la septième côte droite et débarrassé par des lavages le sac pleural droit, du pus, des gaz et de la bile, Rose reconnut l'existence, dans le sillon de séparation des plèvres costale et diaphragmatique, d'un trajet accessible au doigt qui, en contournant le foie, arrivait dans la vésicule. Le cathétérisme n'ayant révélé aucun obstacle dans les voies biliaires, Rose se borna à introduire un double drain dans la cage thoracique et un drain dans la vésicule biliaire. La guérison fut contrariée par un phlegmon du sternum qu'il fallut inciser ainsi qu'une vaste péricondrite gauche, l'un et l'autre résultant de l'infiltration de la bile avant qu'elle eut trouvé son écoulement dans la cavité pleurale. Plus tard, on dut enlever, du côté gauche, 5 fragments de cartilages nécrosés ayant une longueur totale de 25 centimètres.

Dans le cours des années, Rose a vu succomber 3 de ses opérés guéris, à une lithiase biliaire latente jusque-là; une femme guérie de sa hernie a suc-

combé à la violence des douleurs (choc) d'un accès de colique hépatique ; un vieux général auquel il avait détruit avec le fer rouge un bourrelet hémorroïdal, fut emporté par une gangrène de la vésicule avec début de péritonite par perforation ; enfin, une femme âgée a été enlevée par une hémorragie consécutive à la perforation du duodenum par un gros calcul.

3^e cas. Chez une dame complètement épuisée par des *fistules biliaires*, Rose a ouvert en 1884 la vésicule et le péritoine et extrait un calcul cubique gros comme une noix. L'orifice de la vésicule dans le péritoine était constitué par un anneau dur comme du cartilage qui ne laissa pas retirer le calcul sans une incision au péritoine. Le cathétérisme n'ayant montré aucun autre obstacle dans les voies biliaires, la plaie fut soigneusement suturée, sauf au niveau d'un drain qui pénétrait jusque dans la vésicule. Guérison rapide.

4^e cas. Chez une autre dame, atteinte également de fistule biliaire, la vésicule, qui offrait des adhérences étendues, fut ouverte, et après en avoir retiré 14 calculs de la grosseur de noisettes, Rose la cureta et la tamponna pour l'oblitérer, parce que le canal cystique se trouvait être imperméable. Guérison.

5^e cas. *Cholécystotomie* chez un vieillard atteint de cancer du foie et du pancréas. L'intervention était indiquée parce qu'un abcès de la vésicule biliaire avait amené au milieu de vives douleurs, la production d'une sorte d'abcès par congestion du côté du ligament de Poupart. Laparotomie, suture du fond de cet abcès enkysté aux parois abdominales, puis incision qui donne issue à un litre de pus et à 101 calculs dont quelques-uns avaient une grosseur d'un centimètre. Cette cholécystotomie empêcha la rupture dans la cavité péritonéale et délivra le malheureux de ses douleurs.

S'appuyant sur ces faits, Rose conclut que l'extirpation de la vésicule biliaire peut être évitée dans la plupart des cas où il ne s'agit pas de dégénération malignes et complètes, à condition d'instituer le traitement local de la vésicule et de rétablir l'écoulement de la bile par le canal excréteur. On peut objecter en effet à la cholécystectomie que l'oblitération du conduit excréteur paraît amener une dilatation des voies biliaires. D'autre part, la cholécystotomie avec suture et réduction de la vésicule ainsi que fermeture immédiate des téguments abdominaux peut guérir en deux semaines et demi, sans entraîner aucune suite fâcheuse. En cas de suppuration chronique de la vésicule compliquée d'atrésie cicatricielle de son conduit, on peut également, par une oblitération inoffensive, se dispenser souvent de pratiquer l'ablation. Quant à la cholécystostomie ou établissement d'une fistule artificielle, c'est une opération palliative indiquée quand ni l'extirpation ni la guérison radicale de l'oblitération du canal excréteur ne sont possibles ; ce n'est pas une opération radicale, parce que, parfois, les fistules biliaires épuisent rapidement les malades. Les fistules de la vésicule guérissent d'elles-mêmes ou bien par la suppression de la cause qui les entretient. Pour cela on est autorisé à pratiquer la laparotomie, afin de rechercher l'obstacle. J. B.

VIII. — Jeune homme de 29 ans, ayant présenté, depuis 1883, de nombreuses attaques de coliques hépatiques avec poussées intenses d'ictère, qui sont devenues pour ainsi dire subintrantes. On note une augmentation manifeste du foie, une teinte subictérique très accusée et divers troubles digestifs. Par une incision médiane épigastrique on met à nu la vésicule biliaire qui est distendue et contient un calcul mobile. Après ponction du liquide, on incise l'organe et on en retire le calcul. Ensuite, l'exploration ayant fait découvrir un ganglion lymphatique, accolé à la paroi, près du canal cystique on pratique immédiatement l'ablation de la vésicule. Dès le lendemain de

l'opération se montrent une teinte ictérique très accusée, puis de la fièvre, une constipation opiniâtre et l'écoulement par le drain d'une énorme quantité de bile, renfermant de très petits calculs biliaires des conduits hépatiques. Dans les jours qui suivent ces excrétions liquides et solides se produisent à plusieurs reprises, puis graduellement se tarissent et en même temps que le trajet fistuleux disparaît, au bout de cinquante-cinq jours, la guérison s'établit définitivement. L'examen histologique de la vésicule a montré qu'elle était inaltérée dans ses parois; quant à la bile, des cultures y ont décelé l'existence du bacille d'Escherich.

OZENNE.

IX. — Au moment où Courvoisier a rédigé son travail, on connaissait 250 opérations portant sur les voies biliaires. Les indications de l'intervention chirurgicale sont : 1° tous les accidents de lithiasse biliaire, à la fois intenses et rebelles à la médecine; 2° tous les cas de lésions internes incurables : obstruction du cholédoque, hydropisie, abcès, atrophie, fistules et cancer de la vésicule biliaire; 3° les blessures et perforations de la vésicule qui mettent la vie en danger.

Au point de vue opératoire, on peut établir deux groupes d'affections :

A. Affections de la vésicule et du canal cystique. — La cholécystectomie est indiquée sans restrictions dans les lésions graves des parois de la vésicule, telles que la suppuration; dans les accidents de lithiasse graves et répétés, quand les calculs sont nombreux et que le conduit est libre; dans les ruptures par contusions et les plaies de la vésicule. Elle est contre-indiquée en cas de fortes adhérences aux organes voisins et d'obstruction du cholédoque. Les 59 cholécystectomies connues ont donné une mortalité de 1/7. Les 4 opérations faites par Courvoisier ont guéri.

La cholécystotomie idéale, c'est-à-dire l'incision de la vésicule, avec extraction des calculs, suture et réduction de la vésicule est indiquée quand la vésicule est intacte et les conduits libres ou quand on peut les désobstruer et quand la cholécystectomie est impraticable à cause des adhérences. Les objections théoriques de Langenbuch et de Tait sur l'impossibilité de faire une suture étanche, se trouvent réfutées par les bons résultats des 19 opérations connues. Six opérés ont succombé, il est vrai, mais 2 à des complications indépendantes de la méthode et 4 parce qu'ils avaient une obstruction du cholédoque qui contre-indiquait la cholécystotomie idéale. Les 3 opérés de Courvoisier ont guéri.

La cholécystotomie est indiquée lorsque la vésicule ne peut être ni enlevée ni réduite. Mais on ne doit pas la pratiquer en deux séances, c'est-à-dire ne l'ouvrir que quelques jours après l'avoir fixée dans la plaie abdominale, parce qu'on rend ainsi plus difficile l'extraction des calculs du canal cystique. Comme L. Tait, Courvoisier préconise exclusivement la cholécystotomie en un temps, dite naturelle. Mais l'inconvénient de toute cholécystotomie est de laisser fréquemment à sa suite une fistule purulente ou biliaire. Quand le cholédoque est libre, il est impossible de savoir d'avance s'il y aura fistule; quand le cholédoque est obstrué, la fistule est inévitable. Les inconvénients de ces fistules sont grands, aussi ne doit-on recourir à la cholécystotomie que lorsqu'on ne peut faire mieux. Sur les 103 cholécystotomies naturelles connues, il en est 39 dont l'issue est douteuse, 18 qui ont entraîné, directement ou indi-

rectement, la mort, et seulement 28 suivies de guérison. Les résultats ne sont donc guère encourageants. Pour éviter une fistule biliaire, on pourra, à l'exemple de Zielewicz (*R. S. M.*, XXXIII, 222) lier le canal cystique avant de suturer la vésicule à la paroi abdominale.

B. Obstructions du canal cholédoque. — Les calculs peuvent être broyés au travers des parois du canal, à l'aide des pinces et des doigts. L'opération a été faite 5 fois (dont 2 par Courvoisier), généralement avec succès. Les dangers tiennent à la possibilité de contusionner les parois du canal ou de laisser des fragments de calculs, aussi vaut-il mieux faire la lithotomie que la lithotritie. Trois fois Courvoisier a extrait les calculs par une incision qu'il a suturée, et ses opérés ont guéri.

La cholécysto-entérostomie de Kappeler (*R. S. M.*, XXXI, 236 et XXXIV, 256) est indiquée dans les cas où l'on ne peut supprimer la cause d'obstruction du cholédoque et où la cholémie est imminente. Neuf fois on a pratiqué une fistule entre la vésicule et l'intestin; 2 des opérés ont succombé et 7 (dont 1 de Courvoisier) ont guéri.

Dans la discussion, Kollmann fait remarquer, d'accord avec Courvoisier, que lorsque la cholécystectomie est rendue difficile par les adhérences, on peut se borner à pratiquer une ablation partielle de la vésicule en grattant la muqueuse du tronçon restant et en liant le canal cystique.

J. B.

X. — L'auteur propose, dans les cas où les kystes du foie, hydatiques ou séreux, sont recouverts par une lame de tissu hépatique au point où ils sont le plus abordables, de fixer directement le foie à la paroi au moyen de sutures faites avec la soie et lorsque les adhérences se sont établies, d'inciser la substance hépatique au moyen du thermo-cautère de Paquelin, qui produit une hémostase parfaite et empêche l'écoulement de bile.

GEORGES THIBIERGE.

I. — Chirurgie du foie, par TERRILLON (*Bullet. de la Soc. de chirurgie*, t. XVI, p. 835, 1890).

II. — Remarques à propos d'une observation de cholécystectomie, par TERRIER (*Ibidem*, XVI, p. 334, 1890).

III. — Cholécystotomie pour calcul enclavé dans le canal cystique. Le douzième jour, oblitération de la fistule biliaire par abrasion, par CHAPUT (*Ibidem*, t. XVI, p. 270, 1890).

IV. — Cholécysentérostomie, par TILLAUX (*Ibidem*, t. XVI, p. 290, 1890).

V. — Relevé statistique des abcès du foie opérés par la méthode Stromeyer Little, dans les hôpitaux de la marine, à Toulon de 1882 à 1889 inclusivement, par L. E. BERTRAND (*Rev. de chirurgie*, n° 8, p. 621, 1890).

VI. — Cholécystotomie, par PICQUÉ (5^e Cong. fr. chir. *Bulletin méd.*, 15 avril 1891).

VII. — Contribution à la chirurgie des voies biliaires, par PERIER (*Ibidem*).

VIII. — Kyste hydatique du foie ayant envahi la totalité de l'organe. Laparotomie; guérison, par MICHAUX (*Ibidem*).

IX. — Étude sur les ruptures intra-péritonéales des kystes hydatiques du foie.

(Épanchements de liquide hydatique et de bile dans le péritoine), par Marius MAUNY (*Thèse de Paris*, 1891).

I. — Terrillon rapporte deux observations de laparotomies exploratrices pour affections du foie, 6 observations d'opérations sur la vésicule biliaire (cholécystotomies ou cholécystectomies), 4 ouvertures d'abcès du foie, 1 de résection d'une portion du foie.

De l'étude de ces observations l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° La chirurgie du foie ne présente rien d'exceptionnel; elle demande seulement quelques précautions spéciales qu'il est facile de prendre. Les ponctions, les piqûres dans cet organe sont inoffensives, avec les soins ordinaires de l'antisepsie.

2° La vésicule biliaire peut toujours être ouverte et drainée (cholécystotomie); c'est une simple ouverture du péritoine qu'il suffit de protéger. Les calculs seront enlevés plus ou moins facilement, autant que possible en totalité. Si le canal cholédoque est obstrué, l'ouverture de la vésicule sera un simple palliatif.

Quant à la cholécystectomie, elle peut être pratiquée quelquefois, mais avec des indications spéciales. — Son utilité est d'ailleurs discutable, puisque les incisions simples donnent également de bons résultats.

3° Les résections d'une partie de l'organe hépatique peuvent être faites sans inconvénient lointain d'après les données physiologiques actuelles, et sans incident opératoire si l'on assure l'hémostase par tous les moyens possibles : perchlorure de fer ou thermocautère. Mais la ligature élastique semble donner un résultat plus certain et plus sûr, surtout contre l'hémorragie primitive.

II. — Chez une dame de 47 ans, atteinte de cholécystite calculeuse avec distension douloureuse de la vésicule, Terrier pratiqua la cholécystotomie; mais après avoir enlevé de nombreux calculs de la vésicule, ne pouvant détacher un calcul enclavé dans le canal cystique, il fait séance tenante la cholécystectomie, rendue très laborieuse par des adhérences intestinales dues à de la périecystite. Il peut alors enlever le calcul du canal cystique, dont les parois très friables se déchirent à la moindre traction. Le point sur lequel Terrier appelle particulièrement l'attention est un très abondant écoulement de bile qui se fit pendant cinq jours par le drain placé sous le foie. L'écoulement de bile ayant cessé le sixième jour, le drain fut enlevé le neuvième jour et la plaie était complètement réunie le quinzième jour.

Terrier attribue cet écoulement de bile à une section par la ligature du canal cystique trop friable, ce qui a rendu possible le reflux de la bile, et cet écoulement si abondant qui avait commencé le jour même de l'opération.

G. WALTHER.

III. — Chaput a fait la cholécystotomie chez une femme de 46 ans, pour un calcul enclavé dans le canal cystique.

La laparotomie fut pratiquée d'emblée sans ponction préalable de la vésicule. Incision de 12 à 15 centimètres sur la partie saillante de la tumeur; ponction de la vésicule, issue de 100 grammes environ de liquide blanc visqueux. Incision de 3 centimètres à la poche; tentatives infructueuses pour mobiliser un gros calcul adhérent enclavé au fond de la poche. Suture de la vésicule à la peau, suture de la paroi abdominale. Le péritoine étant ainsi définitivement protégé, Chaput recommence les tentatives d'extraction; il ne peut ni extraire le calcul ni le fragmenter, enfin en introduisant une curette entre le calcul et la paroi, il parvient, par un mouvement de bascule, à le faire sauter. Suites de l'opération excellentes.

Le douzième jour, étant bien sûr de la perméabilité du canal cholédoque, Chaput ferme la fistule par le même procédé qu'il a préconisé pour la cure des fistules intestinales : dissection de la paroi sur une hauteur d'un centimètre, abrasion de la muqueuse; sutures à la soie fixe sur la muqueuse avivée; puis par-dessus, suture superficielle totale. Les fils furent enlevés le neuvième jour. Guérison complète.

IV. — Chez un homme de 38 ans, porteur d'une volumineuse tumeur de la vésicule biliaire, Tillaux, aidé de Chaput, se proposant en cas d'oblitération complète du canal cholédoque de pratiquer la cholécystenterostomie, procéda de la façon suivante : Dans une première opération, cholécystotomie et en même temps fixation à la plaie abdominale d'une anse d'intestin grêle, maintenue accolée à la paroi de la vésicule incisée. Au bout de huit jours, la bile coulant par la fistule, et les matières fécales restant décolorées, Tillaux procède à l'établissement de la fistule biliaire intestinale; pour cela faisant à l'intestin une petite ouverture, il y introduisit une branche d'une pince entérotome dont l'autre branche fut introduite dans la vésicule. La pince tomba le septième jour, laissant une large communication entre la vésicule et l'intestin; à partir de ce moment, les matières reprirent une couleur jaunâtre.

Une tentative d'oblitération de l'orifice superficiel échoua à cause des quintes de toux violentes déterminées par une bronchite.

Quelque temps après, le malade succombait en pleine cachexie et l'autopsie montra un cancer du pancréas propagé au foie.

V. — Sur 12 cas opérés à Toulon de 1882 à 1889, Bertrand relève 4 guérisons et 8 décès, soit une mortalité de 66,6 0/0. Mais dans tous ces cas, l'intervention a été tardive, pratiquée sur des malades arrivant en France déjà cachectiques. Dans les cas terminés par la mort, on a toujours trouvé à l'autopsie soit une communication avec la plèvre, soit un autre abcès non ouvert.

Ces faits ne sont donc pas défavorables à la méthode de Stromeyer-Little; ils prouvent qu'il faut, selon la règle déjà établie depuis longtemps, opérer autant que possible de bonne heure, avant que le malade ne soit trop infecté et avant que de graves complications aient pu se produire dans le voisinage.

C. WALTHER.

VI. — Femme ayant été plusieurs fois atteinte de coliques hépatiques; vésicule douloureuse et dilatée. La laparotomie montre cet organe très distendu et très adhérent aux parties voisines : incision, issue du liquide purulent et extraction d'un calcul fixé dans le canal cystique. En arrière, tumeur qui ne fut pas enlevée; c'était un cancer qui, dans la suite, augmenta de volume et offrit les symptômes de ces néoplasmes.

OZENNE.

VII. — 1^o Femme de 24 ans, portant dans la région hépatique une grosse tuméfaction accompagnée de douleurs, dépérissement et troubles digestifs, Laparotomie, ablation de la vésicule biliaire contenant un calcul. Guérison.

2^o Femme de 36 ans; tumeur arrondie et douleurs dans la même région depuis deux ans. La laparotomie fait découvrir une masse inflammatoire adhérente à la paroi et confondue avec le foie; la vésicule, reconnue et ponctionnée, est incisée; pas de calculs; les parois en sont suturées à la peau. Guérisons opératoire et thérapeutique.

3^o Femme de 60 ans, souffrant depuis longtemps de coliques hépatiques; tuméfaction dure et bosselée au niveau de la région pylorique. Découverte, au-dessous d'une masse inflammatoire de la vésicule, dont l'incision en fait extraire 306 calculs; fistule stercorale consécutive, guérison la septième semaine après l'opération.

OZENNE.

VIII. — Dans ce cas, il s'agit d'un kyste hydatique qui avait détruit la totalité du foie et contenait près de quinze litres de vésicules hydatiques. La cavité unique remontait en haut jusqu'à la quatrième côte, et était fermée

en bas par les intestins; après l'avoir vidée et lavée, les bords en furent suturés aux lèvres de l'incision abdominale. Cette énorme cavité mit un an à se combler et la malade, très amaigrie, recouvra sa santé antérieure. OZENNE.

IX. — Un certain nombre d'observations, des expériences sur les animaux ont conduit Mauny à conclure que les ruptures intra-péritonéales des kystes du foie ne s'accompagnent le plus souvent que d'accidents légers, à moins que le liquide épanché ne soit infecté.

Le mélange de bile au liquide hydatique n'augmente pas la gravité du pronostic. La bile, non diluée par un liquide quelconque, déversée dans le péritoine à la suite de rupture des voies biliaires, ne détermine elle-même aucun résultat fâcheux, si elle est aseptique.

Le liquide épanché dans le péritoine, pouvant devenir septique dans la suite, par communication avec les voies biliaires, il faudra intervenir. La laparotomie est la seule méthode de choix, elle permet de nettoyer la cavité péritonéale, d'enlever les débris de membranes, de parois kystiques, etc. Elle devra être suivie de drainage. C. WALTHER.

Hernie rétro-péritonéale, par ADENOT et JABOULAY (*Lyon méd.*, 15 février 1891).

Cette lésion unique a été trouvée par hasard dans une autopsie. Il s'agit d'une hernie rétro-péritonéale développée dans le mésocolon ascendant et accompagnée d'une absence de torsion du gros intestin. L'intestin grêle s'était peu à peu invaginé dans une fossette duodénale jusqu'au cæcum. En suivant le gros intestin on voyait le côlon descendant placé au niveau du petit bassin; le colon transverse suivait remontant sur le côté gauche de l'abdomen jusqu'au coude sous-costal gauche. L'S iliaque et le rectum avaient leur position normale. Le côlon ascendant et le transverse formaient ainsi une vaste arcade à concavité supérieure et droite au centre de laquelle se trouvait la hernie, du volume d'une tête d'adulte. A. C.

Contribution au traitement de l'anus contre nature accidentel par l'entérectomie, par THIRIAR (*Gaz. hebdomadaire de méd.*, 22 novembre 1890).

Jeune homme de 22 ans, hernie inguinale étranglée, taxis violent, phlegmon stercoral consécutif avec décollement et délabrement considérables. Six mois après le début de ces accidents, les gaz et les matières fécales ne passent plus que par la région de l'aîne, où il existe deux orifices, séparés par un pont de tissu cicatriciel, long de 2 à 3 centimètres. Après une tentative de restauration infructueuse, l'opération suivante est pratiquée :

L'intestin libéré de ses adhérences et attiré au dehors, on découvre une énorme ampoule remplie de matières fécales très dures, dont on la débarrasse; au fond de cette ampoule se voit un orifice communiquant avec le bout supérieur de l'intestin; quant au bout inférieur, terminé en cul-de-sac et rétréci, il est accolé à sa paroi et complètement obstrué. On résèque d'abord la partie dilatée de l'intestin supérieur puis la partie rétrécie de l'inférieur, de façon à obtenir des ouvertures de calibre sensiblement égal; ensuite, le mésentère étant réséqué, les deux bouts de l'intestin sont abouchés et réunis par trois plans de suture au catgut: les premières, au nombre de 30, appliquées sur la muqueuse, et les deux autres rangées placées d'après le procédé de Czerny. Drainage au moyen de quelques fils de catgut et sutures du péritoine et de la peau. Pansement compressif à partir du sixième jour. Selles naturelles; le huitième jour, réunion parfaite et guérison. L'examen de la pièce a montré que l'on avait réséqué 12 centimètres de longueur de l'intestin et

que le bout inférieur, long de 5 centimètres, avait son extrémité fortement atrophiée, fibreuse et complètement imperméable. OZENNE.

Variétés anatomiques et cure radicale de la hernie inguinale, par A. BROCA
(5^e Cong. fr. chir. Bulletin méd., 15 avril 1891).

Broca a fait 26 fois la cure radicale de la hernie inguinale sur 24 sujets, qui ont tous guéri. Les hernies, dont ils étaient porteurs, se décomposent de la manière suivante :

Quatre hernies étranglées, dont 3 ont eu l'étranglement aigu de la hernie congénitale, une hernie directe à étranglement insidieux.

Une hydroépilocèle enflammée.

Deux épiploïtes gangréneuses.

Dix-neuf hernies réductibles ou chroniquement adhérentes chez 17 sujets. Parmi les hernies adhérentes, il en est deux, où il s'agissait d'adhérences charnues naturelles par glissement du mésocôlon ascendant ou descendant.

Quatre fois, il y avait adhérence de l'épiploon dans une dilatation pro-
péritonéale du sac. Quatre de ces hernies étaient directes.

La recherche du sac et sa dissection ont été, en général, faciles.

OZENNE.

Sur la hernie ischiatique, par Alex. WASSILIEFF (Rev. de chirurgie, n^o 3, 199, 1891).

Wassilieff rapporte une observation de hernie ischiatique qui s'était brusquement produite chez un homme de 54 ans, pendant un effort de défécation. Immédiatement, douleur violente dans la fesse gauche; peu de temps après, douleur dans le ventre, coliques augmentant rapidement d'intensité; éructations, nausées, puis vomissements alimentaires, bilieux, peut-être fécaloïdes; absence complète de selles et d'émission de gaz par l'anus.

Wassilieff examinant le malade le lendemain du début des accidents, constate qu'il n'y a pas d'ascite ni de tumeur abdominale, que le rectum est absolument libre; la fesse gauche a son aspect normal; pas de rougeur, pas d'œdème, pas de tuméfaction appréciable à la vue ou au palper. La pression avec l'extrémité de l'index ne provoque de douleur qu'en un point très limité, sur une surface de la largeur d'une pièce d'un franc. Ce point est situé à 8 centimètres de la ligne médiane, dans la partie supérieure de la fesse, sur le trajet d'une ligne allant de l'épine iliaque postérieure et supérieure à l'angle postéro-supérieur du grand trochanter, et correspond à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de cette ligne. Sur aucun autre point, la pression ne réveille de douleur. Il n'y a pas de névralgie sciatique.

En présence de ces signes, Wassilieff fit le diagnostic de hernie ischiatique, et se proposa de faire d'abord le taxis, et, en cas d'échec, de pratiquer immédiatement la kélotomie par une incision analogue à celle de la ligature de l'artère fessière.

Une pression assez forte, exercée au niveau de l'échancrure sciatique, exagéra d'abord la douleur; puis brusquement, la douleur disparut, il n'existait plus la moindre sensibilité; les coliques cessèrent immédiatement, et le malade se leva dix minutes après se déclarant guéri.

Les mêmes accidents se reproduisirent sous l'influence de la toux ou de nouveaux efforts de défécation. La réduction fut faite de la même façon.

Enfin la hernie fut définitivement maintenue par une pelote maintenue sur l'échancrure sciatique.

Les recherches faites par l'auteur, à propos de cette intéressante observation, lui ont montré que :

La hernie ischiatique, extrêmement rare, doit comporter deux variétés principales :

1° La hernie *sus-pyramidale* ou *fessière*, se faisant entre le bord supérieur de l'échancrure sciatique et le bord supérieur du pyramidal; cette variété est la plus fréquente.

2° La hernie *sous-pyramidale* qui peut être elle-même *sus-épineuse* ou *sous-épineuse*.

La hernie peut contenir l'épiploon, le gros intestin, l'intestin grêle, la vessie, l'ovaire.

Le diagnostic de la hernie ischiatique est très difficile, mais néanmoins paraît possible dans certaines conditions. Le diagnostic de la variété peut être fait sur le vivant par le siège de la tumeur ou de la douleur; si la tumeur est volumineuse, le seul diagnostic possible est hernie ischiatique, en bloc.

Si on intervenait pour une semblable hernie étranglée, on pourrait, au cours de l'opération, reconnaître la variété et déterminer le sens du débridement.

Dans la variété *sus-pyramidale*, le débridement doit se faire en bas et en dehors; dans la variété *sous-pyramidale*, le débridement doit se faire en dedans. Le point de repère qui fera reconnaître cette variété est l'épine sciatique.

C. WALTHER.

I. — Modification de l'entérorraphie longitudinale, par CHAPUT (5^e Cong. fr. chir. Bull. méd., 3 mai 1891).

II. — Sur un nouveau procédé de greffe intestinale, par CHAPUT (*Ibidem*).

I. — Chaput recommande le procédé de suture intestinale suivant : On commence comme pour une suture circulaire, on exécute d'abord un premier plan de sutures muco-muqueuses sur la demi-circonférence postérieure de l'intestin. On fait ensuite une fente longitudinale de 3 centimètres sur chacun des deux bouts. Cette fente peut être placée soit sur le bord convexe, soit à égale distance entre ce bord et l'insertion mésentérique. On obtient de chaque côté de cette incision deux lambeaux flottants triangulaires, que l'on arrondit en excisant leur sommet.

On achève la suture muco-muqueuse sur toute la circonférence de l'intestin et on le poursuit sur les bords des fentes jusqu'à leur terminaison; ensuite on termine par deux séries de points séro-séreux. Les avantages de ce procédé sont de supprimer le rétrécissement valvulaire, de remédier efficacement aux inégalités de calibre et de permettre des adossements aussi larges que possible.

II. — Chaput a obturé de larges perforations intestinales (mesurant 3 centimètres sur 2 centimètres) chez le chien en suturant des plaques de gaze iodoformée (5 à 6 doubles d'épaisseur) au pourtour de l'orifice. Ces plaques, qui restent en places plusieurs semaines sans s'éliminer, protègent d'autant mieux le péritoine que l'épiploon leur adhère immédiate-

ment et forment une seconde couche protectrice. La gaze, qui constitue une greffe temporaire, arrête la migration des microbes vers le péritoine par sa structure aréolaire, par l'action antiseptique de l'iodoforme et aussi grâce aux phénomènes de phagocytose, qui se produisent dans l'intérieur des muscles.

Cette greffe, supérieure à la greffe épiploïque trop friable, paraît de nature à s'appliquer avec avantage aux coups de feu de l'intestin et aux perforations intestinales. Elle peut être utilisée dans la plupart des opérations sur l'intestin, à l'occasion desquelles l'auteur l'a expérimentée trois fois avec succès.

OZENNE.

I. — Des appendicites, par Paul RECLUS (*Rev. de chirurgie*, n° 10, p. 790, 1890).

II. — Zur Pathologie und Therapie der Perityphlitis, par RENVERS (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 8, p. 209, 23 février 1891).

I. — L'appendicite est fréquente, elle peut être aisément reconnue dans ses diverses variétés et relève d'un traitement chirurgical.

De ses observations personnelles et de l'étude des observations rapportées par Maurice, par Roux (de Lausanne), et par Gerster, Reclus tire les conclusions suivantes :

1° Une simple et première crise, caractérisée par une douleur plus ou moins fixe, à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure, au point où siège le processus vermiculaire, ne suffit pas pour légitimer l'ouverture du ventre et l'excision de l'appendice malade ;

2° Si des récidives fréquentes et l'existence d'une tumeur font craindre une rupture, comme nul ne peut mesurer d'avance la gravité des accidents consécutifs, l'intervention est alors indiquée ;

3° Elle l'est, à plus forte raison, lorsque la perforation a eu lieu, et provoque une péritonite généralisée ; mais alors cette intervention, pour avoir quelque chance de succès, doit être précoce, presque immédiate ou pratiquée du moins dans les quarante-huit premières heures ;

4° Lorsque la collection est enkystée, il faut encore pratiquer l'incision rapide pour éviter les complications redoutables, bien que déjà des adhérences protègent le péritoine ;

5° Dans ces cas, l'incision oblique paraît suffire à toutes, ou du moins à presque toutes les variétés d'abcès péri-appendiculaires. C. WALTHER.

II. — Dans 112 autopsies de pérityphlite pratiquées à l'Institut anatomopathologique de Berlin, Lengfeld a trouvé 24 fois des coprolithes, 4 fois des corps étrangers et 29 fois des ulcérations. Sur 459 autopsies compulsées dans la littérature médicale, on cite 179 fois des coprolithes et 16 fois des corps étrangers ; 5 fois sur 6 la mort était due à la perforation de l'appendice vermiculaire, reconnaissant pour cause, dans une moitié des cas, des coprolithes et des corps étrangers, et dans l'autre moitié des ulcérations. Les perforations du cæcum sont rares, car elles ne sont mentionnées que 29 fois sur 218 autopsies.

D'après Renvers, il ne succombe que 4 ou 5 0/0 des pérityphlites, et la grande majorité des cas guérit sans intervention chirurgicale, après enkystement et suture de l'appendice perforé.

J. B.

Étude sur les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, par MOTY
(*Rev. de chirurgie*, n° 41, p. 878, 1890).

Neuf observations servent de base à ce travail ; 2 doivent être rangées parmi les cas légers, 4 parmi les cas moyens et 3 parmi les cas graves. Les cas regardés par Moty comme légers présentent déjà quelque importance, par ce seul fait que les malades ont été admis à l'hôpital. Sur ces 9 observations, 3 fois l'intestin a été sûrement blessé, 6 fois la lésion est douteuse.

Un fait important en clinique, c'est que les premiers symptômes sont toujours les mêmes, quelle que soit la nature de la lésion, simple contusion ou déchirure viscérale ; seule l'hémorragie interne consécutive à la rupture d'un gros vaisseau est caractérisée par un collapsus qui s'accroît rapidement.

Moty conclut de son étude sur l'anatomie pathologique, la symptomatologie et le pronostic de ces accidents, que :

1° Les coups de pied de cheval dans l'abdomen produisent dans le tiers des cas des lésions graves de l'intestin ;

2° Les lésions sont des perforations par trois mécanismes différents : éclatement, écrasement, déchirure ;

3° Le diagnostic de perforation pourra souvent être établi par les douleurs vives et immédiates résultant de l'absorption des liquides ;

4° Les grandes perforations et les éclatements indiquent la laparotomie et la suture intestinale ;

5° On peut pratiquer cette opération avec succès malgré l'invasion de la péritonite, pourvu que celle-ci ne soit pas trop avancée et que l'abdomen ne soit pas ballonné.

Moty repousse la laparotomie exploratrice pour faire le diagnostic ; il pense que l'expectation et le traitement médical sont toujours indiqués en cas de doute.

Le pronostic d'une contusion de l'abdomen doit être réservé pendant un mois, au point de vue des complications ultérieures qu'elle peut entraîner.

C. WALTHER.

I. — Recovery by jejuno-ileostomy with Senn's bone plates, par T. H. RUSSELL
(*N. York med. journ.*, p. 673, 20 décembre 1890).

II. — Intestinal anastomosis for fœcal fistula, par C. H. RICHMOND (*N. York med. journ.*, p. 674, 20 décembre 1890).

I. — La laparotomie a été nécessitée, dans ce cas, chez un garçon de 15 ans, par une invagination ancienne, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'intestin grêle, avec adhérences de l'anse invaginée. Le segment supérieur étant attiré au dehors, l'auteur l'incise, le vide des liquides qu'il contient et des gaz qui le distendent, et peut alors le replacer dans l'abdomen ; il y introduit une plaque de Senn perforée (plaque osseuse décalcifiée). Une autre plaque est introduite dans l'anse intestinale située immédiatement au-dessous de l'invagination, après incision de la paroi. Puis les deux plaques sont adaptées l'une à l'autre et fixées à l'aide de douze sutures de Lembert. Lavage avec la solution chaude de Thiersch. Suture de la paroi abdominale.

L'anastomose étant ainsi établie, l'opéré a une selle normale le cinquième jour; le neuvième jour, on trouve dans les évacuations l'une des plaques osseuses, mais de dimension réduite; quelques jours après, on trouve des débris de la seconde plaque. Guérison complète, vérifiée au bout de quinze mois.

II. — L'anastomose latérale de l'iléon et du côlon, d'après le procédé de Senn, a été effectuée dans ce cas.

Homme de 46 ans, chez qui l'on incise, le 8 août, un foyer purulent contenant des matières fécales. L'opéré conserve une fistule d'où s'écoulent les matières. Le 11 septembre, laparotomie du bord externe du muscle grand droit, à droite. Le cæcum et l'extrémité inférieure de l'iléon sont adhérents au fascia iliaca; on ne trouve pas l'appendice, qui est probablement le point de départ des accidents. On ne peut déterminer les limites de l'abcès ni le siège exact de la fistule. Section du côlon ascendant et suture des deux bouts suture de Lembert; division de l'iléon à 2 ou 3 pouces de la valvule et suture de ses deux bouts. Puis l'iléon et le côlon sont unis latéralement à l'aide des anneaux de catgut d'Abbe; les sutures sont faites avec la soie fine. L'opéré meurt au bout de quarante heures. Pas d'autopsie.

L. GALLIARD.

Hydatid cyst of the bladder, par FENWICK (*Lancet*, p. 87, 10 janvier 1891).

Chez un malade de 24 ans, très cachectique, offrant depuis quelques jours des signes de cystite intense, Fenwick trouva une tumeur volumineuse, tendue, rénitente, remplissant tout le bassin. Comme il existait une compression des uretères, Fenwick fit à titre palliatif une ponction par le rectum, ponction qui évacua plusieurs onces de liquide hydatique. Il songeait à faire l'ablation du kyste par la voie sus-pubienne quand le malade mourut subitement la nuit qui précédait l'opération projetée.

Fenwick, de l'étude de ce cas et des cas analogues déduit : 1° que le siège ordinaire des kystes hydatiques du bassin est sous-péritonéal et occupe la base de la vessie; 2° que suivant leur siège plus ou moins élevé ils compriment la région prostatique amenant rapidement la rétention d'urine ou les uretères amenant des phénomènes plus insidieux d'anurie.

A.-F. PLICQUE.

Bone in urinary bladder (Fragments osseux dans la vessie), par Buckston BROWNE (*Lancet*, p. 128, 6 décembre 1890).

Browne a enlevé après la lithotritie des fragments osseux qui se trouvaient dans la vessie d'un homme souffrant depuis sept ans d'un mal de Pott de la partie inférieure de la région dorsale. Il croit que ces fragments ont pénétré dans la vessie entraînés par le pus d'un abcès par congestion. L'examen ne laissa pas le moindre doute sur leur nature osseuse.

Comme corps étrangers de migration plus irrégulière encore Browne aurait enlevé de la vessie 1° une paire de pinces à forcipressure oubliée dans le ventre plusieurs mois auparavant au cours d'une laparotomie (!); 2° la ligature de soie d'un pédicule ovarique qui y avait également pénétré.

A.-F. PLICQUE.

I. — Du traitement de la destruction de l'urètre chez la femme, par A. HEYDENREICH (*Semaine méd.*, 11 mars 1891).

II. — Destruction totale de l'urètre chez la femme; causes et traitement, par FRÉLICH (*Thèse de Nancy*, 1891).

I et II. — L'observation qui a servi de point de départ à la thèse de Frélich a été recueillie dans le service de Heydenreich.

Femme de 21 ans, multipare, atteinte de rupture complète de l'urètre avec déchirure du bas-fond de la vessie, suite d'extraction d'un calcul vésical de 4 centimètres et demi. Incontinence d'urine complète. Heydenreich essaye de suturer les lèvres de la déchirure. Trois opérations successives n'amènent qu'un rétrécissement de l'ouverture vésicale. Un an plus tard, la malade réclame une nouvelle intervention. Heydenreich tente, dans une première opération, le rétablissement de l'urètre. Opération difficile, malgré l'anesthésie : le contact des surfaces cruentées ne peut s'obtenir partout, et l'urètre ainsi constitué ne mesure qu'un centimètre et demi de longueur. Dans un second temps, un mois plus tard, on essaye l'oblitération vésicale ; en attirant en bas la cloison vésico-vaginale on pouvait tenter de suturer le bord supérieur au bord inférieur de l'ouverture. La traction fit lâcher les sutures et l'échec fut complet. Nouvelle tentative du même genre un mois plus tard, 9 juillet, en libérant la cloison et en formant un lambeau vésico-vaginal qu'on suture à la paroi vaginale antérieure. Les sutures lâchent d'un côté, mais le lambeau reste en place ; quelque temps après on suture l'autre côté, et enfin on pratique l'occlusion de l'orifice fistuleux laissé intentionnellement entre la partie médiane du lambeau et le tronçon d'urètre, pour ne pas tirailler ce dernier. L'opération réussit. Une dernière opération consista en un avivement des petites lèvres pour allonger l'urètre. La femme peut garder ses urines trois à quatre heures quand elle est couchée, le jet d'urine est net ; mais il y a incontinence dans la station debout. On remédie à cette incontinence par le compresseur de Trélat.

Froelich divise en six groupes les opérations applicables à cette lésion : 1° restauration de l'urètre avec les débris, par avivement des bords de la déchirure ; 2° restauration avec lambeaux pris sur le vagin ; 3° avec lambeau taillé dans la cloison vésico-vaginale ; 4° lambeau pris sur les petites lèvres ; 5° opérations consistant en une occlusion entre la vessie et le vagin et création d'une fistule sous-pubienne ou hypogastrique ; 6° occlusion du vagin avec fistule sur l'intestin ou le long du vagin.

L'auteur discute la valeur de ces procédés et pense qu'aucun ne peut être indiqué, à l'exclusion des autres : le choix dépend des cas. Toujours est-il qu'on devra toujours tenter la restauration de l'urètre. A. C.

I. — Report of case of extirpation of a calculus from the ureter by the combined abdominal-lumbar section, par Rufus HALL (*New York med. record*, p. 430, 18 octobre 1890).

II. — Calculus in the ureter, par Arbuthnot LANE (*Lancet*, p. 967, 8 novembre 1890).

I. — Il s'agit d'une femme ayant eu de nombreuses atteintes de coliques néphrétiques et chez laquelle on n'avait jamais trouvé de calcul. L'auteur fait une laparotomie exploratrice ; la main gauche sent un calcul engagé dans l'urètre à trois pouces au-dessous du rein. Il pratique l'incision lombaire, ouvre le rein, et à l'aide d'un petit forceps enlève le calcul. Drainage des deux plaies, sutures. Guérison en 25 jours.

P. DUFLOQUÉ.

II. — Début des accidents (coliques néphrétiques, hématuries) remontant à 20 ans. Une première opération faite par l'incision lombaire ne permit de rien constater malgré l'exploration la plus minutieuse. Les accidents persistant intolérables, une incision fut faite le long de l'arcade de Fallope pour explorer la portion iliaque de l'urètre, qui avait été à peu près inaccessible lors de l'incision lombaire. On trouva cette fois un petit calcul uratique de trois quarts de pouce de long. Son ablation fut facile. Guérison complète. A.-F. PLICQUE.

Kyste séreux de la face postérieure de la vessie extirpé au cours d'une hystérectomie vaginale, par SEGOND (5^e Cong. franç. chir. in *Bulletin méd.*, 22 avril 1891).

Chez une femme de 30 ans, à laquelle on pratiquait une hystérectomie vaginale, on avait perçu, par la palpation abdominale, sur la ligne médiane, entre la vessie et l'utérus, une tumeur mobile, qui paraissait être un fibrome utérin pédiculé. L'utérus enlevé, on reconnut que la petite tumeur occupait toujours la même place ; elle fut alors amenée dans la plaie vaginale ; c'était une tumeur kystique du volume d'une amande, à contenu citrin, à paroi régulière, fibreuse, adhérente aux fibres musculaires de la paroi postérieure de la vessie, au milieu desquelles sa loge était creusée ; la paroi kystique était fibreuse, sa face interne était dépourvue d'endothélium.

OZENNE.

Blessure de l'uretère dans la laparotomie pour kystes rétro-péritonéaux, par POZZI (5^e Congrès franç. chir. *Bulletin méd.*, 22 avril 1891).

Il s'agit, dans ce cas, d'un kyste à marche rapide qui présenta à l'opération les difficultés inhérentes, non seulement aux kystes rétro-péritonéaux ordinaires, mais encore à son contenu qui était gélatineux et qui ne fut évacué que par une large ouverture. L'énucléation des parties profondes de la tumeur fut fort difficile et, dans ces manœuvres, deux cordons blancs, qu'on supposait être des nerfs, furent réséqués sur une certaine étendue ; l'un d'eux était bien un nerf, mais l'autre était une partie de l'uretère ; son bout rénal ayant été découvert, après des recherches laborieuses, fut fixé à la peau ; quant au bout vésical, on l'entoura d'une ligature. Une sonde à demeure fut placée dans la vessie ; trois mois plus tard on procéda à l'ablation du rein, qui était en communication avec la peau ; il n'offrait aucune altération.

OZENNE.

Résultats éloignés de la néphrorraphie, par TUFFIER (5^e Cong. franç. chir. *Bulletin méd.*, 26 avril 1891).

Sur 14 néphrorraphies pratiquées pour rein mobile par Tuffier, on ne relève qu'une mort par tétanos aigu au 19^e jour. Des 13 autres opérées, 3 ne peuvent servir à apprécier les résultats éloignés de l'opération, celle-ci étant encore trop récente ; il en reste donc 10, sur lesquelles il n'y a eu qu'un échec.

Chez les 9 malades guéris la cicatrice est solide, sans aucune tendance à la hernie ; le rein est resté fixé ; chez 8, les douleurs ont complètement disparu ; dans le neuvième cas, il n'y a eu qu'amélioration. OZENNE.

Réséction du pubis dans la taille sus-pubienne, par HEIDENREICH (5^e Cong. franç. chir. *Bull. méd.*, 22 avril 1891).

Pour faciliter la taille sus-pubienne, souvent difficile en raison de la profondeur à laquelle siège d'ordinaire la tumeur, on peut pratiquer une réséction partielle du pubis.

C'est ce que l'auteur a fait sur un vieillard de 62 ans, atteint d'une tumeur vésicale. Après avoir enlevé une portion de la moitié supérieure de la symphise, ayant 4 centimètres de longueur sur 2 centimètres de hauteur, la tumeur fut facilement abordée et enlevée au thermo-cautère. Pas de complications du côté de la plaie, mais quelques jours après pyélo-néphrite suppurée mortelle.

OZENNE.

Excision de la vésicule séminale et du canal déférent en totalité, par ROUX
(5^e Cong. franç. chir. Bulletin méd., 3 mai 1891).

Dans les cas de tuberculose testiculaire, compliquée d'infiltration du canal déférent et de la vésicule séminale, Roux est d'avis qu'il faut extirper totalement ces organes pour arrêter la généralisation de la diathèse. Il a mis cette opération en pratique dans les deux cas suivants :

1^o Homme de 44 ans, indemne d'infection générale et atteint de tuberculose du testicule gauche avec infiltration le long du cordon spermatique jusqu'à la vésicule séminale correspondante : La castration fut d'abord faite, puis le canal déférent, séparé du cordon des vaisseaux, qui furent saisis dans une ligature, fut isolé sur une longueur de six centimètres et coupé en travers ; une suture en surjet réunit cette première plaie. Séance tenante, on procéda à la taille périnéale par une incision de 10 centimètres, menée à 2 ou 3 centimètres de la ligne médiane, et le releveur sectionné, on put alors aborder la prostate. Ensuite l'index gauche, introduit dans le rectum accrocha la vésicule séminale et l'amena dans la plaie périnéale ; elle fut excisée au niveau de son col et l'ouverture suturée par une série de points de catgut. Saisie également, la portion restante du canal déférent fut attirée au dehors tout entière et complètement extraite. Réunion par première intention ; guérison depuis un an.

2^o Homme de 50 ans, ayant le testicule droit gros comme un œuf d'oie et une propagation au canal déférent et à la vésicule correspondante. Cette dernière était doublée de volume et bosselée ; des abcès en chapelet s'étaient développés autour d'elle et du canal déférent ; l'un d'eux se creva même au cours de l'intervention et il fallut en extirper les parois. Suites immédiates de l'opération bonnes. Le 13^e jour se produit une petite fistule inguinale ; injection de trois milligrammes de la lymphe de Koch ; dès le lendemain hémiplegie, aphasie et incontinence d'urine, et dans la suite amélioration très lente.

OSZENNE.

I. — Ueber die Hypertrophia Prostatæ, par BOTTINI.

II. — Discussion du Congrès international de Berlin (Berlin. klin. Wochens., n^o 44, p. 1023, 3 novembre 1890).

I. — Depuis 1877 (*Archiv f. klin. Chirurgie*), Bottini a un peu modifié sa technique du traitement galvano-caustique de l'hypertrophie de la prostate, dans lequel tantôt il enlève toute la glande, tantôt il y pratique un tunnel pour permettre l'évacuation de l'urine. Il a remplacé la pile de Bunsen par des accumulateurs. Son galvanocautère a la forme d'une sonde à l'intérieur de laquelle se trouvent 4 tubes bien isolés les uns des autres ; 2 de ces tubes donnent passage à un courant continu d'eau destiné à rafraîchir la température, les 2 autres servent aux fils électriques.

L'eschare produite est généralement entraînée par l'urine au bout de 3 jours. Une contre-indication à la galvanocaustie prostatique est l'existence démontrée ou vraisemblable de lésions rénales.

Sur ses 77 opérés, Bottini n'en a perdu que 2 ; 52 ont obtenu une guérison complète, 11 une amélioration, 12 aucune modification dans leur état.

II. — M^rGill préfère la taille hypogastrique qui, sur 33 cas, lui a

donné 6 morts, soit 18 0/0 de mortalité. W. Bruce Clarke parle dans le même sens. Après avoir obtenu de bons résultats du traitement de Bottini, il en est revenu à la taille hypogastrique, qui permet mieux de se rendre compte du réel état de choses. En effet, il arrive souvent qu'après avoir diagnostiqué une hypertrophie prostatique, la taille ayant assuré le libre écoulement de l'urine, ne montre qu'un simple gonflement inflammatoire qui rétrocede sans autre intervention.

Kuester appelle l'attention sur la prostatectomie latérale de Dittel qui, dans 2 cas, lui a donné de bons résultats pour l'hypertrophie unilatérale : on incise à l'intérieur du rectum sur la ligne médiane et décrivait une demi-lune autour de l'anus, on met ainsi à nu la prostate.

J. B.

Ueber Atrophie der Prostata, par J. ENGLISCH (*Berlin. klin. Woch.*, n° 41, p. 951, 13 octobre 1890).

L'atrophie de la prostate est une affection complètement négligée jusqu'ici et qui, contrairement à l'opinion de Thompson, offre souvent l'occasion d'intervenir chirurgicalement. Sa pathogénie se rattache à un état congénital, à un faible développement de l'organe. C'est généralement à l'âge où s'opère la métamorphose régressive de l'organisme que se produit l'atrophie des tissus glandulaire et musculaire de la prostate, tandis que le tissu conjonctif ne subit pas de modifications. La prostate est petite, jaunâtre, d'aspect gélatineux ; sur la coupe, on distingue de petits points jaunes, restes de substance glandulaire. A une période ultérieure, survient une dégénérescence graisseuse de la tunique musculuse de la vessie. Les symptômes de l'atrophie sénile de la prostate ressemblent à ceux de l'hypertrophie. Tout d'abord des besoins croissants de miction, puis de l'incontinence d'urine, enfin de la rétention : la vessie, énormément distendue, atteint souvent l'ombilic et peut en imposer pour une tumeur. La cachexie, plus précoce que dans l'hypertrophie, se montre souvent dès l'âge de 50 ans. La polyurie est un symptôme caractéristique de l'atrophie. Le traitement consiste dans le cathétérisme contrôlé à l'aide du doigt dans le rectum. Il ne faut pas vider rapidement ni d'une seule fois la vessie.

J. B.

Zur Lehre von der Hodenneuralgie (De la névralgie du testicule), par Alexander PEYER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 41, p. 358, 1^{re} juin 1890).

S'appuyant sur 20 observations personnelles, Peyer soutient, contrairement à Cooper, Curling, Hammond, Gritti et autres que la névralgie du testicule et le testicule irritable sont une seule et même affection.

Il lui est impossible aussi de souscrire à l'opinion partout reproduite que la névralgie testiculaire est habituellement bornée à un seul côté, au gauche ; car parmi ses 20 cas, il en compte 13 où l'affection était bilatérale et seulement 2 où elle était limitée à gauche.

Parmi les 20 malades de Peyer, il en est 12 chez lesquels la névralgie n'avait d'autre cause que la masturbation ou le coït incomplet. Chez 2 autres, la masturbation était très probable, bien que non avouée. Un malade, de constitution faible, avait commis des excès sexuels. Un

autre avait un rétrécissement considérable de l'urètre; 2 avaient une blennorrhagie chronique; enfin un dernier, une affection chronique de la moelle. Bien que plusieurs des malades eussent un varicocèle, pour aucun Peyer n'a pu lui imputer la névralgie.

J. B.

I. — Infarct des Leistenhodens durch Torsion des Samenstranges (Infarctus du testicule en ectopie inguinale par torsion du cordon), par CAHEN (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, XXX, p. 101).

II. — Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire, par C. DUCHESNE (*Thèse de Paris*, n° 141, 1890).

I. — Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, vigoureux, porteur d'un testicule inguinal du côté droit et qui avait déjà ressenti quelques légères attaques douloureuses. La veille, après avoir franchi un fossé, il s'était senti pris subitement, pendant la nuit, par de violentes douleurs et un gonflement très sensible dans l'aîne droite. On fit le diagnostic de hernie, et le malade entra à la clinique chirurgicale de Greifswald où l'on constata l'absence du testicule droit dans le scrotum; dans l'aîne droite une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, élastique, lisse, très douloureuse à la pression, à la partie supérieure de laquelle on sent un corps très résistant, qui, de l'avis du malade, est le testicule. Traitement antiphlogistique et expectation; mais la douleur et le gonflement augmentant et un peu de fièvre étant apparue, la tumeur est extirpée. Elle était constituée par une poche kystique fluctuante, facile à décortiquer, à peu près pyriforme et se continuant par un mince pédicule dans l'orifice du canal inguinal. Le sac ouvert, il s'en écoulait un liquide trouble, sanguinolent, et l'on constate qu'il renferme le testicule avec son cordon tous deux tuméfiés, rouge noir, d'aspect semblable à celui de l'intestin gangréné et le cordon tordu en spirale, de telle sorte que le testicule est placé à la partie supérieure du sac, son extrémité supérieure en bas. Il n'est pas douteux que le sac n'est autre chose qu'un prolongement de la vaginale dans lequel pend librement le testicule; pour détordre le cordon, il faut lui faire exécuter deux tours de 360° sur son axe de gauche à droite. Guérison rapide. Au microscope, le testicule présente des infarctus hémorragiques.

Nicoladoni a publié deux faits identiques, et l'auteur en conclut que, pour que l'étranglement par torsion puisse se produire, il faut que le testicule soit libre dans la vaginale, appendu seulement au cordon comme à un pédicule.

DE SANTI.

II. — Destinée à corriger l'« erreur de position » qui a pris le nom d'ectopie testiculaire, cette opération consiste à ramener par le massage et des frictions répétées le testicule dans les bourses, puis à le fixer dans le scrotum au moyen d'un fil de soie passé à travers la substance testiculaire elle-même. Cette fixation est faite après la réfection de la vaginale, par suture du canal vagino-péritonéal persistant.

La première opération a été faite par Lucas Championnière en 1887 dont Tuffier, l'inspirateur de cette thèse, a emprunté et étudié le procédé. D'après les observations de l'auteur, il ne semble pas, dans les mains de Tuffier, avoir donné des résultats très satisfaisants. Sur ces observations, un seul cas semble avoir donné des résultats complets. Dans les autres, nous notons deux fois de la suppuration, une fois de la vaginalite, un cas de gangrène du testicule; enfin, dans tous, la réascension du testicule au niveau de l'anneau inguinal. Malgré ces

insuccès qu'il est difficile de rapporter à la méthode, celle-ci peut être défendue et surtout au point de vue de la formation d'adhérences solides, définitives, car « elle n'est qu'accessoire au point de vue du testicule au fond des bourses ».

L'orchidopexie peut être pratiquée secondairement, et alors elle est formellement indiquée dans les cas de cure radicale de hernie, d'hydrocèle et de varicocèle. Dans ces cas, elle est le complément obligé de l'intervention principale.

F. VERCHÈRE.

Pathogénie des kystes de l'épididyme. Contribution à l'étude des kystes de l'épididyme, par Paul POIRIER (*Rev. de chirurgie*, n° 11, p. 861, 1890).

Poirier montre par des faits d'anatomie normale et par des pièces pathologiques, que les kystes par rétention, regardés comme une dilatation des vasa efferentia, doivent être bien rares, s'ils existent ; la plupart des kystes, au contraire, semblent se développer en dehors des voies séminales puis, devenir kystes spermatiques au moment où une communication s'établit entre eux et les voies séminales.

Les petits kystes qu'on rencontre sur le testicule et l'épididyme (Poirier les a trouvés 183 fois sur 400 cas) siègent de préférence au niveau de la tête ou au niveau de la queue de l'épididyme.

Ils sont formés d'une paroi conjonctive tapissée d'un épithélium pavimenteux. Ils n'ont aucun rapport avec les vasa efferentia, même lorsque plus volumineux, ils siègent entre le testicule et la tête de l'épididyme.

Ils ne doivent pas être confondus avec les kystes de la face convexe de l'épididyme, qui sont tantôt des vestiges de l'hydattide pédiculée, tantôt des dilatations résultant d'altérations diverses des conduits séminifères dont les processus ont été établis par Monod et Arthaud.

Les kystes ordinaires, étudiés par Poirier, sont nettement différenciés par leur indépendance complète des voies séminales, leur enveloppe propre, leur siège exclusif dans la séreuse ou le tissu cellulaire sous-séreux ; ils restent toujours mobiles avec la séreuse à moins qu'ils ne soient enclavés sous l'épididyme.

Poirier pense que ce sont ces kystes qui en grandissant peuvent communiquer avec les vasa efferentia et devenir spermatiques.

Il faut probablement chercher leur origine dans les conditions anatomiques de soudure et d'enclavement des deux feuillets séreux au niveau de la tête et de la queue de l'épididyme. Ces deux extrémités de l'épididyme, libres, en effet, chez le fœtus et chez l'enfant nouveau-né, ne s'accolent, ne se soudent que plus tard au testicule. Dans cette large surface de soudure pourraient être enclavés des culs-de-sac séreux qui deviendraient de véritables kystes.

C. WALTHER.

Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur, par KIRMISSON (*Paris*, 1890).

L'auteur a réuni dans ce volume, 36 leçons cliniques portant sur les maladies des os, des articulations et des muscles. La variété et le nombre des sujets traités ne permettent pas de pouvoir donner de l'ouvrage une analyse même sommaire. La simple énumération des titres des leçons

suffit à montrer que l'auteur a su choisir parmi les sujets classiques tous ceux qui offrent à l'étude quelque point nouveau et intéressant de pathologie ou de thérapeutique chirurgicale. 1° de l'ostéite de développement 2° de l'ostéomyélite juxta-épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur; 3° de l'ostéomyélite traumatique prolongée; 4° syphilis osseuse héréditaire; de 5 à 13, leçons sur les arthrites, tumeurs blanches, arthrites chroniques, etc.; 14° du mal de Pott; 15° volumineux fibrome calcifié de la paroi abdominale; 16° kystes hydatiques des muscles; 17° du torticolis; 18° ostéo-périostite syphilitique de la clavicule, fracture spontanée de l'os; 19° luxations de l'épaule; 20° décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus; 21° ankylose du coude, résection orthopédique; 22° pseudarthrose du cubitus; 23° paralysie radiale; 24° déformation de l'avant-bras par fracture des deux os, ostéotomie; 25° kystes synoviaux du poignet; 26° syndactylie; 27° exostose du grand trochanter; 28° traitement des fractures de la rotule.

Dans toutes ces leçons, l'auteur s'est attaché à toujours prendre pour point de départ les observations recueillies sur les malades du service et à compléter cette histoire des malades par des renseignements sur les données actuelles de la pathologie à propos de chaque affection. On trouve donc dans chaque chapitre un résumé net et précis des points importants en pratique chirurgicale. Un grand nombre de figures très soignées permettent de suivre facilement les descriptions des lésions et d'apprécier les résultats opératoires.

Dans les dernières leçons consacrées à la chirurgie orthopédique du pied (résection tibio-tarsienne orthopédique, pieds-bots, pied plat valgus douloureux, arthrodèse), on trouvera outre l'étude clinique et étiologique, une description des opérations nouvelles, opération de Phelps, opération d'Ogston, etc., que Kirrison a exposées avec une compétence particulière, ayant plusieurs fois exécuté ces divers procédés qui ont fourni entre ses mains d'excellents résultats. C. WALTHER.

Fractures des os du tarse, par BALLENGHIEN (*Thèse de Paris, n° 251, 1890*).

A. Fractures des os du tarse en général. — 1° Dans les chutes de lieux élevés, la colonne postérieure du tarse, qui reçoit directement le choc, est de beaucoup le plus souvent fracturée. L'écrasement porte de préférence sur le calcanéum, l'astragale demeurant presque toujours indemne.

2° Dans les traumatismes de latéralité, la déformation du squelette tarsien est à peu près définitive chez l'adulte. Le calcanéum est l'os le plus exposé; il s'aplatit et ne revient guère sur lui-même. Chez l'enfant, les os, en grande partie cartilagineux, jouissent d'une élasticité bien plus grande: ils reprennent à peu près leur configuration primitive.

B. Calcanéum. — 1° Dans les chutes de lieux élevés, le premier stade de la fracture par écrasement est l'éclatement de la petite apophyse. La grosse apophyse et la portion adjacente de la grande facette articulaire ne cèdent qu'en second lieu. Le broiement général de l'os constitue le troisième degré.

2° Dans les cas le plus communément observés, l'extrémité postérieure du calcanéum demeure indemne, et les dégâts sont pour ainsi dire centralisés au niveau de la gouttière du ligament interosseux.

3° La fracture typique par écrasement succède aux chutes sur la plante des pieds. Dans ces conditions, la pénétration n'est pas rare. C'est ordinairement la grande facette articulaire qui se trouve enfoncée dans le corps de l'os.

4° Les symptômes de l'écrasement du calcanéum sont si nombreux et si concluants, que le diagnostic sera, le plus souvent possible, même de longs mois après l'accident.

5° Il faut éviter de confondre avec la fracture par arrachement une variété de fracture par écrasement, dans laquelle un fragment postérieur complètement détaché est entraîné secondairement par le tendon d'Achille.

6° Le pronostic sera réservé en ce sens, que le fonctionnement du pied peut être compromis pendant des mois, quelquefois toute la vie.

7° On obtient des résultats très satisfaisants sans aucune immobilisation, en employant le massage précoce comme moyen de réduction, et pour tout traitement les antiphlogistiques, puis les révulsifs.

C. Astragale. — 1° Parmi les solutions de continuité de l'astragale, il faut ranger définitivement le décollement de l'épiphyse et la fracture de l'apophyse postérieure de l'os.

2° D'une manière générale, les fractures de l'astragale sont plus graves que celles du calcanéum. Elles ne se produisent qu'à la suite de traumatismes plus violents qui intéressent fréquemment les parties molles et quelquefois plusieurs des os de la jambe ou du pied ; enfin l'ankylose tibio-tarsienne est la règle, tandis qu'elle forme l'exception quand les lésions sont limitées au seul calcanéum.

3° Le traitement consiste dans la réduction et l'immobilisation. On pratique l'ablation des esquilles, même sans plaie tégumentaire communicante, s'il y a un fragment difficilement réductible. MAUBRAC.

Ueber Knochenimplantation (Ostéoplastie), par KÜMMELL (*Deutsche med. Woch.* n° 41, p. 389; 1891).

Kümmel pratique l'ostéoplastie, d'après les données de Senn, à l'aide de fragments d'os de bœuf décalcifiés dans une solution d'acide chlorhydrique après ablation du périoste et de la moelle, puis lavés au sublimé et conservés dans l'éther iodoformé. L'opération répond à trois indications :

1° Remplir les grandes cavités creusées par l'ostéomyélite, par les tubercules, etc., ou combler les pertes de substance crânienne dues aux trépanations, aux traumatismes ;

2° Remplacer les pseudarthroses ou combler les grandes solutions de continuité consécutives aux traumatismes ;

3° Remplacer des os complètement détruits par divers processus pathologiques.

Kümmel a opéré de la sorte dix-sept personnes.

Le premier cas se rapporte à un homme de 56 ans, ayant une perte de substance du radius longue de 4 centimètres, consécutive à une fracture compliquée. L'auteur la comble avec un fragment emprunté au cubitus du même bras et remplace celui-ci par du tibia de bœuf décalcifié. Le fragment d'os humain implanté sur le radius est résorbé au bout de quelques semaines. Au contraire, du côté du cubitus, il y a encore de la mobilité quinze jours après l'opération, mais à la fin de la cinquième semaine la solidité du squelette est

complète. L'auteur applique donc au radius le même procédé ostéoplastique, et il ne doute pas du succès.

Un homme de 30 ans, porteur d'un foyer tuberculeux du calcaneum de la grosseur d'une noix, subit l'évidement, puis l'introduction de six fragments prismatiques, longs de 2 centimètres, qu'on recouvre d'une plaque osseuse. La plaie guérit en quinze jours; il reste une fistule. Plus tard, un des petits fragments et la plaque s'éliminent, mais il reste cinq fragments implantés, solides; la plaie guérit.

Même succès pour l'oblitération d'une grande cavité du tibia chez une femme de 26 ans, pour l'occlusion d'un spina bifida chez un enfant de 3 semaines; pour la fixation des surfaces articulaires à la suite de deux résections du genou; pour plusieurs restaurations de la voûte crânienne à la suite de la trépanation, etc.

Enfin l'auteur a créé un métacarpien artificiel chez deux enfants de 12 ans, et un métatarsien chez une fillette de 6 ans, pour remplacer des os extirpés.

Que devient l'os implanté? Trois hypothèses sont en présence : l'os est entouré de granulations, pénétré par les vaisseaux, et devient une partie vivante de l'organisme; ou bien il se résorbe et disparaît progressivement, tandis que la substance ostéogène du périoste et de la moelle conserve la propriété de substituer de nouveaux os aux anciens; ou encore il persiste en qualité de corps étranger comme ces tiges d'ivoire qu'on a utilisées pour la guérison des pseudarthroses, et ces fragments de celluloïde qu'on emploie pour réparer les désordres de la trépanation. L'auteur admet cette dernière hypothèse pour une partie de ses observations, spécialement dans les cas d'implantations de phalanges entières, puisqu'il n'y a là ni périoste ni moelle ostéogène. On peut concevoir qu'il se produise, au contraire, une restauration véritable quand il s'agit simplement de combler une cavité osseuse.

L. GALLIARD.

I. — De la résection tibio-tarsienne par ablation préalable de l'astragale dans les ostéoarthrites du cou-de-pied et du traitement consécutif le plus propre à assurer le succès de cette opération, par VALLAS (*Rev. de chirurgie*, n° 8, p. 638, 1890).

II. — Étude comparative de la résection du tarse postérieur et de l'opération de Wladimiroff Mikulicz, par E. F. KUMMER (*Ibidem*, n° 1 et suiv., 1891).

III. — De la tarsectomie postérieure totale et des amputations du pied à lambeau talonnier doublé du périoste calcanéen, par OLLIER (*Ibidem*, n° 4, p. 277, 1891).

IV. — Fall von osteoplastischer Resection am Fusse nach Mikulicz-Wladimiroff par R. KEHLER (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 39 et 40, 12 janvier 1891).

V. — Même sujet, par FISCHER (*Ibid.*)

I. — La résection tibio-tarsienne par ablation préalable de l'astragale est, dit Vallas, l'opération de choix à pratiquer dans les ostéo-arthrites tuberculeuses du cou-de-pied. Elle doit être préférée à l'amputation du pied, chez tous les sujets dont l'âge n'est pas trop avancé, dont les organes internes sont sains et l'état général satisfaisant. Elle permet de conserver au malade un pied dont la forme est très peu altérée et qui est capable de recouvrer son intégrité fonctionnelle.

Le traitement post-opératoire est très important et doit être surveillé

avec soin au double point de vue orthopédique et fonctionnel. Vallas conseille de maintenir longtemps les drains en place, mais de faire des pansements fréquents, tous les 4 ou 5 jours, le premier pansement ayant été pratiqué vers le 10^e jour.

On doit chercher à combattre l'équinisme, le varus et la chute des gros orteils qui se produisent fatalement sur un pied privé d'astragale et abandonné à lui-même. Il faut aussi mobiliser l'articulation et combattre l'atrophie musculaire.

II. — Kummer, dans cet important mémoire, analyse très soigneusement 33 observations de résection du tarse et 54 observations d'opération de Wladimiroff-Mikulicz.

Depuis l'emploi de l'antisepsie, la gravité opératoire de l'amputation de jambe, de la désarticulation du pied, de la résection du tarse, de l'opération de Wladimiroff-Mikulicz est sensiblement la même.

Les résections du tarse peuvent donc être toujours tentées avant de faire l'amputation qui sera réservée aux cas d'échec de la résection. Chez les sujets jeunes et encore vigoureux l'opération partielle est formellement indiquée. L'amputation doit être réservée aux seuls cas dans lesquels les malades déjà âgés ont un mauvais état général, une tuberculose assez avancée pour qu'il soit nécessaire d'obtenir une guérison rapide au prix d'un large sacrifice.

Quant au procédé opératoire à employer dans ces résections étendues du tarse, il n'est pas possible de formuler sur ce point de règles précises. Le seul principe qui doit toujours guider le chirurgien est qu'il faut enlever la totalité des tissus malades.

D'autre part, on aurait tort de sacrifier du tissu sain pour la seule satisfaction de faire une opération typique comme celle de Wladimiroff-Mikulicz. Il faut se rappeler, en effet, que la résection du tarse postérieur avec conservation de la position normale du pied, donne des résultats fonctionnels supérieurs à ceux de l'opération de Wladimiroff-Mikulicz. Cette dernière, sans être plus dangereuse qu'une amputation de la jambe, lui est préférable au point de vue du résultat fonctionnel; elle sera exécutée dans les cas de résection du tarse postérieur où la peau du talon fait défaut.

Dans les cas d'affection du tarse postérieur avec intégrité de la peau du talon, la résection avec la conservation de la position normale du pied peut donner les résultats les plus satisfaisants.

III. — L'auteur étudie successivement les procédés opératoires, les indications et les résultats : 1^o de la tarsectomie postérieure totale; 2^o de la tarsectomie suivie de la fixation de l'avant-pied dans la direction de la jambe ou suture tibio-antépédieuse en direction rectiligne (Wladimiroff-Mikulicz); 3^o de la désarticulation sous-périostée du pied ou de la désarticulation tibio-tarsienne avec lambeau talonnier doublé du périoste calcanéen; de l'amputation de jambe avec lambeau talonnier.

Des observations de malades suivis pendant 5 ans, 6 ans, 7 ans, montrent les excellents résultats qu'ont donnés, entre les mains d'Ollier, la tarsectomie postérieure totale et la désarticulation sous-périostée du pied. Les procédés opératoires sont très minutieusement et très clairement décrits.

C. WALTHER.

IV. — Kœhler présente un homme à qui il a fait une résection du pied

d'après le procédé de Mikulicz et Wladimiroff. Depuis qu'il a publié cette observation dans le dernier volume des *Annales de la Charité* (1890), c'est-à-dire depuis 6 mois, les résultats fonctionnels n'ont cessé de s'améliorer. L'opéré est en état de se tenir sans fatigue, des heures durant, sans aucun aide sur son pilon vivant. La réunion osseuse ne s'est pas faite et ne paraît pas désirable, car la réunion fibreuse qui est solide, conserve à la démarche toute son élasticité. Le membre amputé est raccourci de 3 centimètres, tandis que dans l'opération typique de Mikulicz, il subit un allongement de 1 ou 2 centimètres. Cette différence, qui est sans influence au point de vue fonctionnel, tient à ce que Kœhler a été obligé d'amputer les os de la jambe à 5 centimètres au-dessus du niveau prescrit. Il est intéressant de signaler qu'il subsiste une diminution de la sensibilité sur le bord externe du pied. Cet homme peut faire reposer la totalité du poids de son corps sur son pied opéré.

Pour obtenir la flexion à angle droit des orteils sur le métatarse, Kœhler conseille de réséquer une partie de la première phalange du gros orteil.

V. — Fischer déclare qu'il a pratiqué deux fois, chez de jeunes femmes, cette opération pour tuberculose du cou-de-pied. Il n'a pas publié ces cas parce qu'ils ont été malheureux. Dans l'un, il y a eu gangrène du pied, due à une thrombose résultant du plissement des parois artérielles. Dans l'autre, le progrès des lésions tuberculeuses a nécessité l'amputation; aussi croit-il que la résection doit être réservée aux cas traumatiques (*R. S. M.*, XIX, 257; XXVI, 296; XXVII, 651; XXX, 278 à 280; XXXII, 226; XXXIII, 250; XXXIV, 648 et 649).

J. B.

Étude sur les tuberculoses du pied. Anatomie pathologique, par Ch. AUDRY
(*Rev. de chirurgie*, n° 8, p. 657, 1890).

Sur 135 pièces provenant d'opérations pratiquées par Ollier, Audry a trouvé : 16 fois des lésions primitivement synoviales, 105 fois des lésions à début osseux, 14 fois à origine incertaine.

Sur les 105 cas de tuberculose osseuse, on a pu rapporter la lésion initiale : 14 fois à la mortaise et aux malléoles (10 fois au tibia, 4 fois au péroné), 18 fois à l'astragale, 37 fois au calcaneum, 3 fois au cuboïde, 3 fois au scaphoïde, 3 fois à l'un des cunéiformes, 26 fois à l'un des métatarsiens, 1 fois à la première phalange du gros orteil.

Audry classe ces lésions en plusieurs types :

1° Tuberculose du tarse postérieur, d'origine synoviale et tibio-péronière très généralement, exceptionnellement partie de l'astragale ou du calcaneum, se développant surtout dans l'articulation tibio-tarsienne et accessoirement dans la sous-astagalienne ;

2° Lésions associées du calcaneum et de l'astragale ;

3° Tuberculose centrale juxta ou intra-épiphysaire du calcaneum ;

4° Tuberculose antéro-tarsienne des petits os, scaphoïde, cuboïde, cunéiforme ;

5° Lésions des métatarsiens et des phalanges.

C. WALTHER.

Considérations sur la résection du genou d'après 140 opérations pratiquées à l'hôpital de Strasbourg, par J. BÖCKEL (5^e Cong. fr. chir. Bulletin méd., 1^{er} avril 1891).

Böckel rappelle les considérations qu'il a émises sur la résection du genou, d'après une première série de 64 opérations, dans un mémoire

antérieur déjà analysé dans cette *Revue* (Voir XXXV, 1^{er} fasc., p. 275). Depuis cette époque, ce nombre s'est accru, et actuellement il arrive au chiffre total de 140, en comptant 29 malades opérés par E. Bœckel. Ces 140 opérations ont donné 131 guérisons et 9 morts. De ses 85 opérés personnels, 15 ont été perdus de vue; des 70 autres, 8 sont morts depuis lors, 5 ont guéri par pseudarthrose et 6 ont été amputés; 51 ont un membre utile. La survie chez les plus anciens est de 12, 11, 10, 9 et 8 ans (10 cas), de 6, 4 et 3 ans (20 cas); les 21 restants datent de ces deux dernières années.

OZENNE.

I. — De diverses formes de l'ostéomyélite aiguë dite infectieuse chez l'homme, au point de vue étiologique; quelques indications sur leur traitement, par Elie MIROVITCH (*Thèse de Paris*, n° 41, 1890).

II. — Des ostéomyélites à staphylocoques, à streptocoques et à pneumocoques, au point de vue expérimental et clinique, par LANNELONGUE (5^e Cong. fr. chir. Bulletin méd., 5 avril 1891).

I. — La classification des ostéomyélites fondée sur la nature des agents infectieux pathogènes permet d'établir aujourd'hui quatre types bien déterminés :

1^o Ostéomyélite due au staphylococcus pyogenes, type classique de l'affection qui comprend lui-même quatre variétés : a) Staphylococcus pyogenes aureus; b) staphylococcus pyogenes albus; c) association des deux agents précédents; d) association du streptococcus au staphylococcus.

2^o Ostéomyélite due au streptococcus.

3^o Au pneumococcus.

4^o Au bacille typhique.

La deuxième forme (ostéomyélite à pneumococcus) ne peut être différenciée cliniquement de la première; elle succède à toutes les maladies dans lesquelles on rencontre le streptococcus (érysipèle, infection puerpérale, etc.)

L'ostéomyélite produite par le pneumococcus est caractérisée par la prédominance de l'arthrite, par l'absence d'abcès sous-périostiques et de séquestre, et cliniquement par une évolution très rapide, très intense mais de courte durée et par la tendance à une prompt réparation. Cette ostéomyélite peut se développer non seulement au cours d'une pneumonie, mais encore sans pneumonie, avec ou sans traumatisme, et comme manifestation primitive de l'infection.

L'ostéomyélite causée par le bacille typhique d'Eberth, observée exclusivement comme lésion secondaire de la dothiéntérie, est caractérisée anatomiquement par la localisation des lésions à la moëlle sous-périostique, avec prolifération des cellules rondes du périoste et gonflement de la substance intercellulaire, mais sans grand décollement du périoste, sans formation de séquestre; ses caractères cliniques sont un début lent souvent insidieux, une marche subaiguë. Elle peut apparaître très longtemps, six ou huit mois après la fièvre typhoïde.

Le traitement varie naturellement suivant les cas, et si la large trépa-

nation doit toujours être faite dans les deux premières formes, la simple incision suffit d'ordinaire à arrêter l'évolution des deux dernières.

C. WALTHER.

II. — Lorsqu'on fait des injections de culture du staphylocoque aureus dans les veines, on produit, du côté des os, des abcès sous-périostiques, des abcès intra-médullaires, des infiltrations purulentes, des nécroses et des décollements épiphysaires. Avec l'albus on détermine les mêmes lésions, mais à un degré moindre. C'est ce que l'on observe également par les injections de culture de streptocoques.

Cliniquement l'ostéomyélite à streptocoques présente quelques différences d'avec l'ostéomyélite à staphylocoques. Son début est très aigu, la fièvre très intense, mais reste moins longtemps élevée. Les douleurs spontanées sont moins vives. La suppuration est rapide à se former et vaste; il n'y a pas de bourrelets périphériques; la peau est érysipélateuse avec œdème et le réseau veineux, si constant dans l'ostéomyélite à staphylocoques, fait défaut. L'appareil lymphatique est souvent le siège d'une infection secondaire et les complications articulaires sont plus communes.

Pour l'ostéomyélite à pneumocoques, Lannelongue l'a observée sans lésion des os sur des enfants, dont le fémur était le siège de l'affection. Les pneumocoques de Fraenkel ont été nettement reconnus. Au point de vue du pronostic, l'ostéomyélite à staphylocoques est la plus grave, celle à streptocoques vient ensuite, et enfin l'ostéomyélite à pneumocoques est la plus bénigne.

OZENNE.

Déplacements secondaires passifs de la tête humérale consécutifs aux luxations de l'épaule en dedans, par J. HENNEQUIN (*Rev. de chirurgie*, n° 2, p. 154, 1891).

L'auteur a observé en quinze mois 6 cas de ces déplacements secondaires et résume l'étude de ces observations dans les conclusions suivantes :

Consécutivement et même antérieurement à la réduction de certaines luxations de l'épaule en dedans, il peut se produire des déplacements secondaires passifs, que l'examen, par la percussion et l'électricité, de l'état fonctionnel des muscles périarticulaires fera reconnaître et prévoir.

Ces déplacements reconnaissent pour cause l'altération simultanée des moyens d'union musculaires et fibreux, qui deviennent impuissants à résister à l'action de la pesanteur sur le membre supérieur, lequel est entraîné en bas proportionnellement à l'étendue de ces altérations.

Que la tête humérale soit dans sa cavité, sous l'apophyse coracoïde, ou dans la fosse sous-scapulaire, elle subit un abaissement d'environ 3 centimètres dans les deux premières positions, de 1 centimètre dans la dernière.

Les symptômes les plus saillants de cette complication sont : la chute et l'impotence du bras ; une déformation particulière du moignon de l'épaule ; l'abaissement de la tête humérale, quelle que soit la position qu'elle occupe ; l'exagération à la percussion, l'abolition à l'électricité de la contractilité du deltoïde et de certains muscles de l'épaule, du

bras et même de l'avant-bras ; des troubles de la sensibilité cutanée et tactile ; une réduction momentanée facilement obtenue en refoulant la tête vers le centre de la cavité ou en faisant contracter le biceps et le coraco-brachial, restés indemnes.

Il n'est pas encore possible de dire quand et si l'articulation scapulo-humérale recouvrera ses fonctions.

C. WALTHER.

Étiologie des luxations congénitales de la hanche, par Albert PFENDER (*Thèse de Paris, n° 13, 1890*).

Pfender a recueilli dans 37 observations tous les renseignements qui peuvent être de nature à éclairer l'étiologie et la pathogénie des luxations congénitales.

Il conclut, avec Duplay, qu'aucune des théories pathogéniques classiques ne peut s'appliquer indistinctement à tous les faits et que chacune d'elles trouve sa justification dans un certain nombre de cas.

On doit différencier deux grandes variétés de luxations : les luxations paralytiques, les luxations congénitales proprement dites.

Les premières forment en quelque sorte une entité à part parmi les luxations des enfants, bien que leurs symptômes soient identiques à ceux des secondes. Mais leur origine précise, leur mode d'évolution leur assignent une place spéciale.

Les secondes sont d'une origine plus obscure. L'hérédité, en tant que transmission directe de la mère à sa fille, constatée dans plusieurs cas, ne s'en rencontre pas moins rarement. Par contre, l'association fréquente du vice de conformation et de la tuberculose, qu'on rencontre cette dernière chez les ascendants ou chez les malades eux-mêmes, permet de se demander si les deux affections ne présentent pas une parenté dont les lois sont encore inconnues. La théorie des affections articulaires intra-utérines se rapporterait à cette hypothèse.

En tous cas, si cette notion, encore peu fondée, n'apporte pas à la pathogénie de l'affection une grande lumière, elle peut néanmoins mettre en garde contre l'apparence de santé que présentent beaucoup de malades, et engage à ne pas oublier, quel que soit le procédé de traitement local, de s'adresser énergiquement à l'état général, si séduisant qu'il paraisse.

C. WALTHER.

De l'hygroma trochantérien, par J. B. PETIT (*Thèse de Paris, février 1891*).

Le tissu cellulaire péri-trochantérien renferme des bourses séreuses en nombre variable, dont deux principales : 1° la bourse trochantérienne du fascia lata ou bourse antérieure. Circulaire, située entre la face externe du grand trochanter et du fascia lata, cette bourse n'existe pas chez tous les sujets ; 2° la bourse trochantérienne du grand fessier ou bourse postérieure. Elle est elliptique, située entre le bord postérieur du grand trochanter et le tendon du grand fessier ; on la rencontre constamment.

L'inflammation de ces cavités survient à la suite d'un traumatisme ou sous l'influence d'une maladie diathésique ou infectieuse, rhumatisme, tuberculose, etc... Le liquide épanché est quelquefois séreux, le plus souvent purulent. Son évacuation spontanée ou provoquée est suivie de

la production d'une fistule de durée indéfinie. Cette affection est surtout remarquable par les troubles qu'elle occasionne dans les fonctions du membre inférieur, troubles qui rappellent ceux que l'on observe dans la deuxième période de la coxalgie, et par les altérations qu'elle est capable de provoquer dans le tissu osseux du grand trochanter. Une intervention chirurgicale est nécessaire pour obtenir la guérison. L'extirpation de la poche et l'incision suivie de grattage sont les procédés de choix.

MAUBRAC.

Pathogénie des kystes poplités, par POIRIER (*Progrès médical*, 25 octobre 1890).

Poirier admet, contrairement à l'opinion classique, que les kystes poplités, même ceux qui siègent dans certaines bourses séreuses de la région, sont en très grande majorité d'origine articulaire. Sur plus de 100 cas de kystes qu'il a disséqués, il n'en a pas rencontré un seul dont l'origine articulaire ne pût être démontrée.

Il établit 4 variétés : 1° le kyste occupe la bourse séreuse interposée entre le jumeau interne et le demi-membraneux ; la tumeur s'allonge à la moitié interne du creux poplité ; or, cette bourse communique assez fréquemment avec la grande synoviale articulaire du genou ($1/5$ chez les adultes après 40 ans) ;

2° Le kyste se fait aux dépens du prolongement poplité de la synoviale du genou et envahit la bourse séreuse du muscle poplité ;

3° D'autres kystes peuvent apparaître dans la moitié supérieure au voisinage d'un condyle ; ils se développent aux dépens des bourses séreuses situées au niveau de l'insertion des jumeaux ;

4° Nombre de kystes enfin sont dus au développement des follicules sous-synoviaux décrits par Gosselin ; ils se rencontrent surtout au niveau des ligaments croisés.

H. L.

Cancer primitif de l'aîne, par GLUCK (*Berlin. klin. Woch.*, n° 22, p. 497, 2 juin 1890).

Femme de 52 ans, ayant depuis deux ans dans l'aîne droite une tumeur qui a commencé par une nodosité cutanée. Celle-ci s'est ulcérée, puis la tumeur a poussé ses racines dans la profondeur de la région inguinale, dans le triangle de Scarpa. Quand Gluck vit la malade, elle avait un œdème considérable du membre inférieur ; la tumeur, très volumineuse et immobile, dépassait en haut le ligament de Poupart et présentait à son sommet une série de nodosités ulcérées. Le cas avait été jugé inopérable dans un autre service de chirurgie. L'opération faite par Gluck fut très difficile. Il fallut lier la saphène interne à son entrée dans la veine fémorale ainsi que l'artère circonflexe interne et suturer la veine fémorale qui avait été lésée ; en outre, exciser de gros morceaux des adducteurs et du pectiné au sein desquels la tumeur avait contracté des adhérences.

La vaste perte de substance a été tamponnée avec la gaze iodoformée. La femme, opérée depuis 9 mois, jouit d'une parfaite santé et a récupéré intégralement l'usage de son membre inférieur dont l'œdème a entièrement disparu.

Il s'agit d'un cancroïde primitif de l'aîne.

J. B.

Fistule sacrée avec écoulement de liquide céphalo-rachidien, par VERNEUIL
(5^e Cong. franç. chir. Bulletin méd., 1^{er} avril 1891).

Verneuil relate l'observation très rare d'une fistule sacrée, donnant lieu à l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. Il s'agit d'une jeune fille, portant depuis seize mois un trajet fistuleux, consécutif à l'ouverture d'une tumeur de la région sacrée. Cette fistule, située sur la partie latérale droite du sacrum, laissait couler un liquide séro-purulent. Par un débridement, on perçut une dénudation au voisinage d'un trou sacré, par lequel la pulpe du doigt pénétrait dans le canal rachidien. Cette communication avec ce canal expliquait les douleurs sciatiques ressenties par la malade. L'os dénudé fut ruginé et le lendemain on constata que les pièces de pansement étaient imprégnées d'un liquide séreux, provenant du canal rachidien, qui n'était autre chose, d'après une analyse, que le liquide céphalo-rachidien. La fistule a diminué, mais persiste.

OZENNE.

I. — Sur la myosite tuberculeuse, par DELORME (5^e Congrès fr. chir. Bulletin méd., 24 mai 1891).

II. — Tuberculose musculaire primitive, par REVERDIN (*Ibidem*).

I. — 1^o Jeune soldat présentant depuis une dizaine de jours, à la suite d'une chute, et au milieu de la région pectorale droite, une tuméfaction indolore, bien circonscrite, de la grosseur d'un petit œuf de poule, dure et peu saillante sous la peau. Cette tumeur incisée, on reconnaît qu'elle est constituée par du tissu fongueux, mêlé de sanie, et qu'elle a envahi la plus grande partie du grand pectoral. Tout d'abord, réunion de la plaie par première intention; mais au bout de 8 à 10 jours elle se recouvre d'ulcérations circulaires caractéristiques de la tuberculose. Dans la suite, on voit successivement évoluer chez ce malade une pleurésie, une péricardite et des lésions pulmonaires tuberculeuses; puis des gommes de même nature apparaissent sur différents points du corps en même temps que plusieurs ostéo-arthrites et d'autres myosites analogues à la première. Pas d'examen histologique.

2^o Jeune homme, atteint d'une tuméfaction siégeant au niveau du jumeau interne et offrant les caractères de la tumeur précédente. Plusieurs semaines après l'apparition de cette grosseur se montrent un volumineux abcès par congestion de la fosse iliaque symptomatique, de la pleurésie sèche et des lésions aux sommets. L'incision de la tumeur de la jambe a fait sortir du sang noir d'une poche dont la paroi interne était tapissée par des fongosités épaisses.

3^o L'auteur est intervenu pour un abcès froid sous-cutané de la fesse. En rasant l'aponévrose fessière comme dans une dissection, il a trouvé l'aponévrose de ce muscle détruite dans toute l'étendue du doigt, et au-dessous, dans ce muscle, un petit noyau caséeux; puis, un peu plus profondément, il a rencontré le muscle grand fessier fongueux dans une étendue un peu supérieure à une pièce de 2 francs.

4^o Ce quatrième cas a trait à un malade qui présentait un abcès de la région lombo-dorsale, communiquant avec la cavité pleurale, et des altérations avancées du long dorsal, qui représentait une masse lardacée, fibroïde. Une résection d'une portion de ce muscle eut lieu, et des préparations histologiques ont démontré qu'il s'agissait dans ce cas d'une myosite diffuse tuberculeuse et scléreuse.

II. — Jeune homme de 17 ans, portant une tumeur siégeant dans l'épaisseur du triceps brachial. Son ablation fut suivie, après quelques semaines d'un trajet fistuleux, de guérison. Une année plus tard, on voyait apparaître, au niveau de la partie inférieure de la cicatrice, une petite tumeur fluctuante.

tuante, dont l'examen histologique, après ablation, a révélé la nature tuberculeuse (follicules et bacilles de Koch dans le muscle lui-même). Des cultures et des inoculations ont été faites avec le pus, qui était dépourvu de bacilles; comme résultat, on a constaté l'évolution de lésions tuberculeuses, avec cette particularité que cette évolution a été tardive.

OZENNE.

Adénite cervicale subaiguë d'origine intestinale, par NICAISE (*Rev. de chirurgie*, n° 9, p. 749, 1890).

Chez une dame de 80 ans, Nicaise a observé une adénite du creux sus-claviculaire droit, ayant débuté trois mois auparavant, pendant la convalescence d'une entérite grave.

Cicatrisation rapide du foyer après l'incision, l'évacuation du pus et le lavage de la poche.

Nicaise admet un rapport étiologique entre cette adénite et l'entérite qui l'avait précédée. « L'adénite était une sorte de phénomène critique qui débarrassait l'organisme du poison dont il était infecté. » Bien qu'on ne puisse nettement établir le mécanisme de cette infection ganglionnaire secondaire, Nicaise insiste sur la nécessité d'assurer toujours l'asepsie de l'intestin. C. WALTHER.

Traitement des adénopathies scrofulo-tuberculeuses par les injections interstitielles de naphthol camphré, par REBOUL (*Marseille médical*, n° 1, p. 23; 1891).

L'auteur conseille d'injecter avec toutes les précautions antiseptiques 2 à 10 gouttes de naphthol camphré dans les ganglions tuberculeux. Si le ganglion est suppuré, le pus doit être d'abord évacué par ponction. Les injections sont renouvelées tous les huit jours.

Le traitement peut durer assez longtemps, mais il est sans inconvénients. 27 cas ainsi traités ont donné 17 guérisons (en 1 à 8 mois) et 10 améliorations.

LEFLAIVE.

OPHTALMOLOGIE.

Ueber die deletären Folgen der Myopie, insbesondere die Erkrankung der Macula lutea, par A. SCHWEIZER (*Thèse de Zurich* 1890, et *Correspondenz-Blatt* 1^{er} novembre 1890).

La statistique de Schweizer porte sur 41,951 malades de Haab; 6.3 0/0 des myopes ont une affection myopique de la tache jaune.

Si l'on ne considère que les cas où la myopie dépasse 3 dioptries, cette proportion s'élève à 14 0/0. Le sexe féminin est à peu près atteint deux fois plus souvent que le masculin.

L'œil droit est frappé 61 fois sur 100.

Tandis que jusqu'à 4 dioptries la proportion des affections de la tache jaune est tout à fait minime, elle s'élève à 2 0/0 de 5 à 7 dioptries, à 5.3 0/0 pour 8 dioptries, à 10 0/0 pour 9 dioptries, à 20 0/0 pour 10 ou 11 dioptries, etc.

Jusqu'à l'âge de 10 ans, l'affection myopique de la tache jaune est extrêmement rare. Dès lors, elle augmente rapidement de fréquence, étant de 3.7 0/0 de 10 à 15 ans et de 100/0 dans le deuxième espace décennal. C'est à la quarantaine qu'elle atteint son maximum, et elle garde à peu près la même fréquence dans les deux périodes décennales suivantes.

Les affections du corps vitré commencent à acquérir quelque importance, par leur fréquence relative, vers 9 dioptries. Le décollement rétinien myopique ne peut guère être considéré comme une affection prédominante de l'âge avancé. Schweizer en a constaté aussi la fréquence relative de 20 à 40 ans. Plus l'anomalie de la réfraction est considérable, plus le décollement de la rétine est commun. (*R. S. M.*, VII, 717.)

J. B.

Eine bisher nicht beschriebene Form von Nystagmus (Forme nouvelle de nystagmus), par C. S. FREUND (*Deutsche med. Woch.*, n° 8, p. 288, 1891).

Le nystagmus paraît se rattacher ici à la maladie de Basedow.

Un soldat de 19 ans, après une journée d'exercice très fatigante, éprouve le lendemain, au réveil, des douleurs oculaires; il a des mouches volantes, un affaiblissement très marqué de l'acuité visuelle et du nystagmus. Il constate que ce nystagmus diminue quand il fixe un objet et cesse dans la vision monoculaire.

Les oscillations horizontales des bulbes oculaires sont si rapides qu'il est impossible de les compter; elles se ralentissent dans les mouvements de convergence des yeux et dans la déviation forcée. Quand les yeux atteignent l'extrême limite de la déviation à droite ou à gauche, les oscillations horizontales sont remplacées par des secousses rares dans le sens vertical, et l'on voit se produire en même temps des clignements palpébraux.

Pas de sclérose en plaques, pas d'affection cérébrale, pas d'hystérie. Mais on découvre de la tachycardie et de l'hypertrophie du corps thyroïde, de sorte que l'auteur admet une maladie de Basedow.

Ce nystagmus disparaît en 3 semaines, sous l'influence des courants galvaniques.

L. GALLIARD.

Ueber Lidkantenoperation, sowie über Haut-und Schleimhauttransplantation am Auge (Opérations sur les paupières, greffe cutanée et muqueuse), par RÆHLMANN (*Deutsche med. Woch.*, n° 1, p. 4, 1891).

Depuis six mois on a pratiqué, à la clinique de Ræhlmann, 74 greffes cutanées pour distichiasis (avec ou sans entropion), et le succès a été constant.

Ces résultats favorables sont dus à la préparation spéciale que subit la greffe; le lambeau à greffer est généralement plus long et plus large que la surface à recouvrir; il atteint même la longueur du bord palpébral, mesuré du sac lacrymal à l'angle externe de l'œil.

On le dépouille, à l'aide des ciseaux, de tous les tissus rouges et saignants, et l'on ne conserve qu'une surface grisâtre pâle; il contient encore du tissu conjonctif et élastique. On le lave dans la solution boriquée à 40/0, puis on le fixe sur la plaie palpébrale, lavée avec la même solution.

Après la suture, lotion de l'œil à l'eau boriquée ou sublimée, poudre

d'iодоforme, tampon d'ouate, monocle pendant vingt-quatre heures. Le pansement est changé tous les jours.

Dès que la greffe rougit (en général le 3^e jour), on enlève une partie des sutures, et le 4^e jour on enlève le reste.

Au bout d'une semaine, on peut enlever le pansement.

Huit fois l'auteur a traité le distichiasis et le trichiasis par les greffes empruntées à la muqueuse des lèvres; les lambeaux avaient 4 ou 5 centimètres de long. Mais il a renoncé à cette pratique.

Il réserve les greffes muqueuses pour le traitement du symblépharon cicatriciel.

L. GALLIARD.

Zur operativen Behandlung der Ptosis, par HEISRATH (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 3, p. 58, 19 janvier 1891).

Heisrath, pour remédier à la blépharoptose, pratique la même opération qui lui sert contre les granulations conjonctivales (*R. S. M.*, XXIV, 356), c'est-à-dire qu'il excise, sur toute la longueur de la paupière, une large bande du cartilage tarse et de la conjonctive correspondante.

Sur la paupière supérieure, renversée en dehors, il fait une incision parallèle au bord libre de la paupière et à une distance de ce bord variable suivant l'effet à réaliser; il dissèque le tarse de la couche sous-jacente et le sectionne le long du cul-de-sac palpébral. Les lèvres de la plaie sont unies par 3 ou 4 points de suture qu'on retire le 4^e jour. (*R. S. M.*, XVII, 267; XXVIII, 684; XXIX, 700, et XXXIII, 676.)

J. B.

Nouveau procédé opératoire pour le traitement du rétrécissement lacrymal, par GALEZOWSKI (*Bull. Acad. de méd.*, 14 octobre 1890).

Ce procédé opératoire, qui a pour but de faire disparaître le larmolement dû au manque de contractilité du canalicule lacrymal sur une certaine longueur de son étendue, consiste dans une incision de 2 à 3 millimètres partant du point lacrymal inférieur et allant du côté de la conjonctive vers l'angle externe de l'œil.

Par ce moyen on obtient une ouverture suffisamment grande pour y introduire des sondes olivaires de différents volumes sans mutiler le canalicule lacrymal lui-même. La dilatation progressive se fait rapidement et, en outre, ce procédé présente le double avantage de ne pas désorganiser la forme circulaire du point lacrymal et de laisser à ce dernier toute la force contractile nécessaire pour l'absorption des larmes.

OZENNE.

Du traitement du larmolement chronique par l'électrolyse du canal nasal, par ROHMER (*Rev. méd. de l'Est*, n° 1, p. 1, 1891).

Il est possible et facile d'appliquer aux rétrécissements du canal nasal la méthode électrolytique. Le principal avantage est d'obtenir un résultat bien plus rapide que par la dilatation mécanique. Cependant deux ou trois séances ne suffisent pas, malgré l'avis de Gorecki, et l'on doit généralement porter leur nombre à cinq ou six.

Ce procédé est également avantageux lorsqu'il persiste après la dilatation un peu de catarrhe, que l'électrisation peut modifier d'une manière favorable.

LEFLAIVE.

Angiome encapsulé et suppuré de l'orbite dans le cours de la fièvre typhoïde,
par PANAS (5^e Cong. fr. chir. Bulletin méd., 1^{er} avril 1891).

Petite fille qui, en 1885, alors âgée de deux ans portait à l'angle supéro-interne de l'orbite gauche un angiome de date récente, qu'améliorèrent les injections coagulantes d'eau de Pagliari, puis quelques séances d'électrolyse. En octobre 1890, fièvre typhoïde, et vers la troisième semaine, forte exophthalmie, suivie bientôt d'une kératite, avec perte de la vision de l'œil exophthalmie.

On pratiqua l'énucléation de l'œil; la tumeur était ronde, du volume d'un globe oculaire d'enfant, dure, contenant le nerf optique, et tout entière logée dans l'entonnoir musculaire. Toute la partie située au-dessous du nerf était vasculaire, veineuse et comme caverneuse, alors que la partie supérieure, d'aspect fibreux, était occupée au centre par un amas de pus collecté, du volume d'un gros pois, formant ainsi une cavité close, à parois fibreuses épaisses et sans communication avec le tissu cellulo-graisseux environnant, qui était sain partout.

L'examen bactériologique de ce pus, les cultures, les inoculations dans le corps vitré d'animaux avec les produits de ces cultures ont démontré l'existence de colonies nombreuses de bacilles d'Eberth.

OZENNE.

Foreign body lodged in the orbit for forty six years, par HIGGENS (*Lancet*, p. 82, 10 janvier 1891).

Extraction, 46 ans après l'accident, d'un fragment de lame de couteau rongé par la rouille, d'un centimètre et demi de long sur un centimètre de large. Ce fragment était logé partie dans l'orbite, partie dans le sinus frontal.

A.-F. PLICQUE.

Kyste hydatique de l'orbite. Extirpation. Guérison par première intention, par VALUDE (*Recueil d'ophtalm.*, n^o 8, p. 487, 1890).

Enfant de 6 ans, présentant une tumeur à développement lent, siégeant au-dessus et en arrière du globe droit et repoussant celui-ci en bas et en avant. Pendant les tentatives d'extraction la poche se rompt et il s'échappe un liquide clair, et bientôt après on peut énucléer facilement la poche qui a le volume d'une prune ordinaire. Il s'agissait donc d'une hydatide unique. Drainage et pansement antiseptique; au neuvième jour, la guérison est complète, sans suppuration. Jusqu'ici l'élimination de l'hydatide a été obtenue par suppuration. Il vaut mieux, aussitôt la nature du kyste reconnue, établir une ouverture suffisante pour permettre l'issue du contenu solide et faire ensuite un pansement antiseptique.

F. DE LAPERSONNE.

De la contusion du globe oculaire, par LEPLAT (*Ann. d'oculistique*, CIII, p. 209).

S'appuyant sur les faits antérieurs et sur un certain nombre d'observations nouvelles, Leplat montre que les phénomènes les plus fréquents sont la mydriase, la diminution de la tension intraoculaire, l'augmentation de l'hypermétropie. La mydriase peut se transformer en myosis dans une demi-obscurité, dans d'autres cas la pupille réagit moins vite que celle du côté opposé. Il y a donc surtout des phénomènes paralytiques, remplacés quelquefois par des phénomènes spasmodiques du côté du nerf oculomoteur, mais il faut admettre aussi une parésie du sympathique agissant comme dilatateur de la pupille et comme nerf sécréteur du liquide oculaire, d'où la diminution de tension intraoculaire.

F. DE LAPERSONNE.

Contribution à l'étude du synchisis étincelant, par GALLEMAERTS (*Thèse d'agrég., Bruxelles, 1890*).

Dans les cas de synchisis étincelant, les cristaux contenus dans l'œil sont formés par la cholestérine; l'auteur n'a pas constaté la tyrosine signalée par Poncet, pas plus que les globes de phosphates. Les sphères assez volumineuses qu'on rencontre dans le corps vitré sont formées par la réunion de cellules provenant de l'épithélium pigmentaire des procès ciliaires : il ne s'agit pas seulement d'une migration du pigment, mais du passage des cellules elles-mêmes. Quelle est l'origine de la cholestérine ? L'examen histologique ne permet pas d'admettre, d'après Gallemaerts, l'origine hématique. Le synchisis est sous la dépendance d'inflammations du tractus uvéal, et la cholestérine provient de l'exsudat. Mais il faut admettre aussi une cause générale : alcoolisme, arthritisme, troubles de la nutrition.

F. DE LAPERSONNE.

Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse, par DARIER (*5^e Cong. fr. chir. Bulletin méd., 12 avril 1891*).

Darier préconise, contre les formes rebelles de la conjonctivite granuleuse, la destruction complète des granulations par le grattage et le brossage de tout leur contenu, préalablement mis à nu par des scarifications.

L'opération, longue et délicate, doit être faite sous le chloroforme. En 5 jours, il y a un soulagement très marqué, et en peu de temps les granulations font place à un tissu cicatriciel lisse et souple. Les ulcérations cornéennes se combleront et les pannus s'atténuent promptement.

OZENNE.

Traitement des ulcères cornéens de toute nature, par VALUDE (*Bull. Acad. de médecine, 10 février 1891*).

Les traitements ordinaires des ulcères à hypopyon laissent trop souvent des leucomes cicatriciels ou des staphylomes dont les conséquences sont sérieuses. Valude propose le traitement suivant : après avoir lavé au sublimé à 1/5000, on applique sur les paupières fermées une rondelle épaisse de gaze au salol, puis de ouate antiseptique; une bande de tarlatane mouillée et modérément serrée maintient le pansement. Cette bande, en séchant, forme une sorte d'appareil inamovible qui assure la compression égale et l'occlusion. Le pansement est laissé en place 2 ou 4 jours, ce qui constitue une énorme simplification du traitement pour les malades de la classe ouvrière. Le pansement doit être réappliqué jusqu'à parfaite guérison.

Ce pansement sec et occlusif réussit dans les ulcères de la cornée avec ou sans hypopyon, et aussi dans les ulcères scrofuleux des enfants; il est indiqué, à l'exclusion de tout autre traitement, dans toutes les kératites ulcéreuses.

F. DE LAPERSONNE.

Notes on a case of progressive nuclear ophthalmoplegia, par W. BEAUMONT (*Brain, p. 386, octobre 1890*).

Relation d'un cas observé chez une femme de 41 ans, qui, depuis son enfance, vit se produire lentement et progressivement une ophthalmoplégie

d'abord limitée à l'œil gauche, puis étendue à l'œil droit. Actuellement, au bout de 31 ans, les yeux sont dans l'état suivant : pupilles égales, sensibles à la lumière et se contractant médiocrement; champ visuel rétréci en bas, globes oculaires absolument immobiles, paralysie complète des muscles droits, des obliques et des releveurs palpébraux; pas de troubles du fond de l'œil, astigmatisme léger.

L'auteur pense qu'il s'agit là d'une ophtalmoplégie par lésion centrale du noyau d'origine de l'oculo-moteur, probablement liée à de la syphilis héréditaire : cependant il n'y a pas de surdité ni de lésions dentaires.

H. R.

Paralysie des deux nerfs moteurs oculaires communs d'origine hystéro-traumatique, par DEBOVE (*Société méd. des hôpitaux, 12 décembre 1890*).

Cette paralysie complète était survenue un mois environ après un traumatisme grave (coup de pied de cheval suivi d'une perte de connaissance ayant duré une heure et demie). Il y avait en même temps anesthésie cutanée au niveau du front et rétrécissement du champ visuel. Cet état persiste depuis deux ans sans modifications : il y a deux mois, le malade a été pris de monoplégie incomplète du membre supérieur droit, avec anesthésie. Ces différents symptômes prouvent qu'il s'agit d'une paralysie hystérique d'origine traumatique. Il semble même que le traumatisme qui a créé ou éveillé l'hystérie peut exercer encore son action après un temps considérable.

F. DE LAPERSONNE.

Sur quelques symptômes tabétiques de l'amblyopie toxique, par EPERON (*Revue médicale Suisse romande, X, 546, août 1890*).

Parmi 65 malades atteints d'amblyopie toxique (surtout nicotinique), Eperon en a trouvé 11 (soit 17 0/0) qui présentaient un ou plusieurs symptômes tabétiques; 9 avaient une suppression ou une diminution considérable du réflexe rotulien, 6 des douleurs fulgurantes, 3 le symptôme d'Argyll Robertson (pupilles immobiles à la lumière, mais réagissant en convergence), 1 de la contracture pupillaire et 1 le signe de Romberg.

J. B.

Zur Lehre von den nuclearen Augenmuskellaehmungen und ihren Complicationen (Deux cas d'ophtalmoplégies nucléaires complexes), par BERNHARDT (*Berlin. klin. Woch., n° 43, p. 981, 27 octobre 1890*).

1^{er} cas. Demoiselle de 33 ans; depuis une fièvre typhoïde survenue à l'âge de 21 ans, elle est sujette à des troubles digestifs, à des maux de tête s'accompagnant parfois de vomissements et à de la diplopie. Réflexes rotuliens peu marqués. Immobilité presque complète des yeux. Pupilles réagissant bien par la lumière et la convergence. La vision monoculaire est bonne de chaque côté. Dans la vision binoculaire, diplopie dès que les objets sont un peu loin. Ptose palpébrale droite légère; trois mois plus tard, la malade accuse de la faiblesse dans les muscles masticateurs; la parole (malgré l'intégrité du volume et des mouvements de la langue), la respiration même, la fatiguent rapidement. La pression sur les muscles du cou et des mâchoires est douloureuse. L'état des yeux et des paupières ne s'est pas modifié. Mais cette malade se plaint par-dessus tout d'une très grande faiblesse.

2^e cas. Homme de 44 ans, niant tout antécédent syphilitique, il dit avoir perdu l'odorat depuis cinq ans. En août 1886, début de la maladie générale, puis tension intra-oculaire; à partir du mois d'octobre, papillotages et diplopie. Ouïe également bonne des deux côtés. Rien à l'ophtalmoscope.

Existence des réflexes rotuliens; pas de phénomènes du pied. Intégrité des sphincters. Urine normale. Ptose palpébrale bilatérale plus marquée à droite. Pupilles égales réagissant convenablement à la lumière et dans les mouvements de convergence. Accommodation intacte. Mouvements de l'œil droit normaux. A gauche, paralysie du droit supérieur seulement. Déglutition bonne tandis que la mastication n'est possible que pendant quelques secondes au bout desquelles l'homme n'a presque plus la force de fermer ses mâchoires. Sensibilité normale. Sous l'influence de l'iode de potassium et de la galvanisation du crâne, le malade se trouvait guéri en février 1887.

La parfaite santé se maintint pendant trois ans, jusqu'à Pâques 1890. Dès cette époque, faiblesse croissante de la nuque quand il marche ou travaille; sa tête tombe sur sa poitrine; la région postérieure du cou est affaissée, comme concave. Les mouvements antéropostérieurs et latéraux de la tête s'exécutent assez librement, seuls ceux de rotation à droite sont un peu plus difficiles. L'excitabilité électrique des muscles de la nuque n'est diminuée que quantitativement. Aucune douleur du rachis cervical, ni spontanément ni à la pression. La fatigue rapide de la mastication est revenue; en outre, la déglutition est difficile; sensation de constriction au niveau du larynx. Langue normale. Accentuation un peu gênée des lettres *n* et *l*, timbre nasillard de la voix, malgré l'intégrité du voile palatin, dès que le malade est un peu fatigué. Quand il a parlé quelque temps les lèvres se fatiguent. Du côté des yeux, pas d'autre trouble à signaler qu'une légère ptose de la paupière supérieure droite malgré l'intégrité de l'élévateur palpébral. Les bras, surtout le gauche, se fatiguent plus vite qu'autrefois, sans qu'il y ait ni contractions fibrillaires, ni atrophie, ni modifications de l'excitabilité électrique des muscles. Cette récurrence a été précédée la première fois de maux de tête. A la fin de septembre, oppression dans la marche rapide et dans l'ascension des escaliers; pouls régulier. Au laryngoscope, mouvements de la corde vocale gauche un peu moins souples. Nouvelle amélioration à la suite du traitement ci-dessus. Mort brusque et inopinée le 5 octobre, sans doute par paralysie du centre respiratoire; pas d'autopsie.

Bernhardt rapproche ce dernier fait de ceux rapportés par Erb (*R. S. M.*, XVI, 130) en 1878, sous la désignation commune « nouveau syndrome vraisemblablement bulbaire ». Il en diffère seulement par deux traits : chez le malade de Bernhardt c'était le facial inférieur qui était lésé, à l'exclusion du facial supérieur; chez ceux d'Erb, c'était précisément l'inverse; en outre il s'agit plutôt d'une paralysie alternante du moteur oculaire commun que d'une paralysie récidivante de ce nerf, puisque, lors de la deuxième atteinte, ce nerf était indemne, tandis que les symptômes bulbo-médullaires étaient absolument prépondérants. J. B.

Reflex amblyopia cured by section of the supra-orbital nerve, par DUNN
(*N. York med. journ.*, p. 151, 9 août 1890).

Un jeune homme de 19 ans se plaint, au mois d'octobre 1889, de diminution inquiétante de la vision et de douleurs constantes des deux yeux. L'auteur apprend qu'en 1886 il a reçu à l'œil droit une boule de neige lancée avec violence, mais les troubles visuels n'ont débuté que six mois après cet accident. Clignements spasmodiques très fréquents de la paupière inférieure droite existant depuis l'époque du traumatisme. Nuage gris devant les deux yeux, surtout à droite. Rien au fond de l'œil à l'ophthalmoscope.

L'auteur diagnostique d'abord un glaucome simple, peut être d'origine réflexe. Un autre oculiste pense à l'amblyopie tabagique.

En avril 1890, l'auteur note que la compression légère du nerf sus-orbi-

taire provoque immédiatement le clignement déjà mentionné. Il pratique la section de ce nerf. Les spasmes disparaissent. Les douleurs cessent. Le nuage ne gêne plus la vision qui devient normale. La congestion de la conjonctive guérit. Guérison complète. Le malade peut, dès le 7 mai, lire pendant deux heures sans fatigue.

L. GALLIARD.

Blindness following cerebro-spinal meningitis (Cécité consécutive à la méningite cérébro-spinale), par **STOWELL** (*New York med. journ.*, p. 146, 9 août 1890).

La cécité dans ce cas a disparu au bout de deux ans.

Enfant d'un an, atteint, en mars 1888, de méningite cérébro-spinale; avant la fin de la maladie qui dure six semaines, on remarque que l'enfant est aveugle; bientôt il a du nystagmus. En août, pneumonie; en février 1889, croup. En mars 1890, à la suite d'une brûlure, convulsions violentes, puis hémiplegie gauche, passagère. L'examen ophtalmoscopique révèle une atrophie des nerfs optiques.

Cependant six mois plus tard la famille remarque que l'enfant se sert de l'œil gauche. Au mois de mai, la vue est parfaite à gauche, un peu moins bonne à droite, et de ce côté il y a encore du nystagmus. La pupille gauche est normale, la droite est bleuâtre avec des vaisseaux indistincts. Rien du côté de l'oreille.

L. GALLIARD.

Ueber das Wesen der Hemeralopie, par **SCHIRMER** (*Deutsche med. Woch.*, n° 3, p. 87, 1891).

Dans 50 cas d'héméralopie symptomatique due à la choroïdite disséminée, à la choroïdite centrale des myopes, à la chorioretinite spécifique, à la rétinite pigmentaire ou au glaucome chronique, l'auteur a constaté une diminution considérable de la sensibilité aux ondulations après la durée habituelle d'adaptation d'un quart d'heure.

Or, dans tous les cas, cette sensibilité devenait normale si les sujets pouvaient être maintenus assez longtemps dans l'obscurité.

L'héméralopie n'est pas une anomalie des ondulations, comme l'admet Uhthoff; elle n'est pas un simple ralentissement de l'adaptation, comme le prétend Treitel. Elle est constituée par l'affaiblissement de la sensibilité aux ondulations qui s'effectue en présence d'une lumière de moyenne intensité.

L. GALLIARD.

Amblyopie quinique, par **UHTHOFF** (*Berlin. klin. Woch.*, n° 25, p. 574, 23 juin 1890).

Femme de 62 ans ayant pris, en octobre 1889, deux fortes doses de quinine dont on ignore la quantité exacte. Peu de temps après, vertiges, surdité, bourdonnements d'oreille et finalement perte complète de la connaissance. Le lendemain, la malade, revenue à elle-même, s'aperçut qu'elle voyait à peine une lampe allumée. Dans le cours des huit jours suivants, les phénomènes d'intoxication disparurent graduellement, sauf le trouble visuel qui s'améliora cependant passagèrement au bout de deux mois. A la fin de février 1890, aggravation nouvelle.

La malade ne distingue les mouvements des mains qu'à la distance de deux pieds. Des deux côtés, rétrécissement concentrique du champ visuel considérable. L'œil droit ne reconnaît plus les couleurs. Atrophie notable des deux papilles dont les contours sont nets; rétrécissement extrême des artères rétinienne dont quelques branches sont complètement oblitérées du côté

gauche. Les lésions ophtalmoscopiques rappellent celles des vieilles embolies de l'artère centrale de la rétine. Les pupilles, médiocrement dilatées, réagissent paresseusement sous les incitations lumineuses internes qui atteignent les portions centrales de la rétine, mais non sur celles qui portent sur les portions périphériques.

Le trouble visuel présente quelques oscillations; le matin, il est moins intense; chez cette femme, le moral a aussi une influence marquée sur l'état de la vue, bien qu'à l'ophtalmoscope on ne note pas de modifications.

L'amblyopie quinique est excessivement rare à Berlin, car c'est le premier cas qu'Uthoff en ait observé sur un chiffre de plus de 60,000 malades. (*R. S. M.*, XXXV, 683.)

J. B.

Sympathetic ophthalmia occurring fourteen years after injury, par HELM (*Lancet*, vol. II, p. 1157, 1890).

Blessure de l'œil droit par un coup de fusil 14 ans avant le début de l'ophtalmie sympathique de l'œil gauche. Cataracte traumatique à droite. — L'énucléation de l'œil droit amena un soulagement complet. Helm conclut à la nécessité d'enlever d'aussi bonne heure que possible l'œil lésé par un traumatisme.

A.-F. PLICQUE.

I. — Patogenesi microbia dell' oftalmia migratrice, par BASEVI (*Annali di ottalmologia*, XIX, fasc. 1).

II. — Quelques remarques sur l'ophtalmie sympathique, par L. MEYER (*Revue gén. d'ophtalm.*, IX, n° 11, p. 481).

III. — Résection et arrachement du nerf optique, par de WECKER (*Société d'ophtalmologie de Paris*, octobre 1890).

IV. — Traitement de l'ophtalmie sympathique (migratrice), par de WECKER (*Annales d'oculistique*, CIV, p. 209, novembre-décembre 1890).

I. — L'origine parasitaire de l'ophtalmie sympathique est universellement admise, mais bien des points paraissent obscurs: on ne sait pas, par exemple, quelle est exactement la voie suivie par l'infection, pas plus qu'on ne connaît la nature du microbe spécifique.

Deutschmann a dit qu'on pouvait la produire avec l'aspergillus et le staphylocoque, mais il n'a pas nié qu'elle pouvait être produite avec d'autres parasites. — D'après ses recherches personnelles, l'auteur pense que les staphylocoques ou les streptocoques ne sont pas les agents infectieux dans ce cas, mais qu'il existe des bactéries spéciales, ayant une largeur de 0,9 μ et 2,5 μ de longueur, tantôt isolées, tantôt en chaînettes. Ces bacilles ont pu être cultivés dans différents milieux, et les injections de culture pure dans la chambre antérieure, le nerf optique ou le vitreum de lapins a reproduit l'ophtalmie sympathique. L'examen bactériologique d'un certain nombre d'yeux énucléés pour ophtalmie sympathique a permis de retrouver les mêmes bacilles tantôt dans le nerf optique, tantôt dans les exsudats choroïdiens et le long des vaisseaux, surtout dans la région ciliaire, ce qui tendrait à faire admettre que la propagation se fait par le système vasculaire.

II. — Les travaux de Deutschmann et les expériences de Gayet démontrent bien, chez les animaux, la migration des germes infectieux d'un œil à l'autre par l'intermédiaire des nerfs optiques et du chiasma;

mais en est-il de même dans l'ophtalmie sympathique chez l'homme ? Tous les animaux meurent d'infection générale : chez l'homme, l'ophtalmie sympathique ne produit jamais d'infection générale. — Sur les lapins, l'ophtalmie se traduit par la papillite ; chez l'homme, la forme papillaire est rare et l'affection débute ordinairement par l'iridocyclite. — L'existence de micro-organismes, tout à fait analogues dans l'œil sympathisant et dans l'œil sympathisé, a été parfaitement démontrée chez l'homme par Deutschmann. Ne peut-on pas admettre que ces germes se trouvent dans l'œil sain et restent inoffensifs, vaincus par la résistance de l'organe normal ? Mais que cet œil subisse un trouble d'innervation par l'action de l'œil primitivement blessé, l'évolution des micro-organismes pourra se faire plus facilement. — La possibilité de la transmission chez l'homme par les nerfs ciliaires, ou d'autres voies, doit être maintenue. D'ailleurs une autopsie de Becker démontre la possibilité d'une ophtalmie sympathique avec intégrité des nerfs optiques.

La conclusion pratique, c'est que l'énucléation de l'œil primitivement blessé, dont la fonction visuelle ne peut être conservée, est encore le moyen le plus sûr pour prévenir l'ophtalmie sympathique. L'éviscération, la névrotomie optico-ciliaire, ni même la résection du nerf optique ne peuvent être considérées comme suffisantes.

III. — La résection du nerf optique pourra remplacer l'énucléation dans tous les cas où il y a menace d'ophtalmie migratrice : c'est un moyen plus puissant que la section des nerfs ciliaires. Malheureusement cette opération est difficile : Schweigger a proposé de suivre le trajet du droit interne, Pagenstecher de luxer l'œil après section du droit interne.

Dans le cours de cette opération, il peut se produire une hémorragie orbitaire qui luxe l'œil en avant et oblige le chirurgien à pratiquer l'énucléation. Pour éviter cet inconvénient, l'auteur avait essayé sur le cadavre d'arracher le nerf optique à son entrée dans l'orbite, mais il céda toujours à son insertion papillaire. Il est donc indispensable de trouver un procédé qui rende plus facile la résection, qui est le seul moyen possible.

IV. — Tout d'abord il faut bien distinguer les irritations dites sympathiques et l'inflammation d'origine infectieuse, qui seule mérite le nom d'ophtalmie migratrice. Or l'unique voie lymphatique qui puisse permettre le transport d'un œil à l'autre des germes infectieux, c'est celle qui accompagne le nerf optique : l'influence nerveuse n'a pas à intervenir dans ce processus inflammatoire. Dans un grand nombre de cas, la résection du nerf optique pourra remplacer l'énucléation.

Wecker a modifié l'opération de la façon suivante : détachement du droit interne, le nerf est chargé sur un crochet articulé spécial et attiré en avant ; section du nerf à un demi-centimètre en arrière du globe, au moyen des *ciseaux compresseurs*, qui restent en place un instant pour maintenir l'hémostase ; ces ciseaux remplacent l'instrument de Warlomont : résection du bout antérieur du nerf, irrigations au sublimé, suture du tendon du droit interne. Il existe une légère exophtalmie qui disparaît au bout de quelques jours.

L'opération est indiquée dans beaucoup de cas. Lorsque la blessure est récente, occupe la région ciliaire, que l'œil est définitivement perdu, mais l'autre encore sain, la résection doit remplacer l'énucléation.

Si le corps étranger est encore dans l'œil, si surtout sa composition chimique fait craindre une inflammation, il faut l'extraire, et plus tard, lorsque la plaie est cicatrisée, on fera une résection du nerf optique. Lorsque l'œil blessé conserve encore un certain degré de vision, il vaut mieux essayer encore les cautérisations profondes au galvano- ou au thermocautère. Si les phénomènes sympathiques ont déjà débuté, on sait que dans quelques cas l'énucléation a pu arrêter l'iridocyclite du côté opposé. Wecker pense qu'ici encore on pourrait essayer la résection, mais en insistant sur l'irrigation du bout central avec une solution forte de sublimé. Enfin si la vision de l'œil sympathisant est à peu près aussi bonne que celle de l'œil sympathisé, comme il ne peut être question de la résection, on pourra essayer les injections sous-ténoniennes de Gallenga ou intraoculaires d'Abadie. On peut reprocher à ces dernières de ne pas permettre de doser la quantité de liquide introduite dans l'œil.

F. DE LAPERSONNE.

Ueber Blutgefäßneubildung im Glaskörper (Néoformation de vaisseaux sanguins dans le corps vitré), par HIRSCHBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, septembre 1890).

A la suite d'hémorragies rétiniennes, l'auteur a vu, partant de l'entrée du nerf optique, une masse formée de petits vaisseaux extrêmement fins, presque imperceptibles, analogues à du tissu conjonctif; la cause des hémorragies était la syphilis, le diabète et des altérations séniles des artères. L'âge des malades variait entre 50 ou 60 ans, quelques-uns n'étaient que dans la vingtième année. Entre le moment de l'hémorragie et la formation des vaisseaux, il s'écoule plusieurs mois, et même des années. Les vaisseaux peuvent de nouveau disparaître; c'est ce qu'on a observé deux fois, chez des syphilitiques. Le trouble de la vue est notable ($V = 1/6$ jusqu'à $1/10$) mais susceptible d'amélioration.

Il n'est pas facile de poser un diagnostic certain, ou de saisir nettement l'altération. Il faut examiner à l'image droite, et constamment faire varier les verres de l'ophtalmoscope, pour distinguer les différentes places des vaisseaux si ténus. Il n'y a pas la moindre ressemblance entre cette néoformation vasculaire et la persistance de vaisseaux d'origine fœtale, ni davantage avec une anse vasculaire artérielle qui, du nerf optique, proémine dans le corps vitré.

ROHMER.

Ueber Indicationen zur Abtragung des Auges und die Exenteratio Bulbi (Énucléation de l'œil et exentération du bulbe oculaire), par BRAUNSCHWEIG (*Deutsche med. Woch.*, p. 44, 8 janvier 1891).

L'énucléation est indiquée par les tumeurs intraoculaires qui n'ont pas encore perforé la sclérotique, ne sont pas encore sorties du bulbe; par les affections du bulbe oculaire qui, ayant une tendance à l'évolution centripète, menacent le nerf optique ou ses enveloppes (ophtalmie sympathique). Elle peut être substituée à l'exentération quand il est nécessaire d'obtenir une guérison rapide.

L'exentération est indiquée par les changements de forme du globe de l'œil qui ne sont pas dus aux néoplasmes (dégénération staphylomateuse);

par la panophtalmie avec ou sans participation du tissu cellulaire de l'orbite; par les affections intrascléroticales: corps étrangers de l'intérieur de l'œil, iridocyclite, glaucome, ophtalmie sympathique; par les blessures de l'œil.

L'exentération a l'avantage de respecter l'espace de Tenon, d'offrir peu de prise à l'infection, de conserver un moignon volumineux avec les muscles qui s'y insèrent; enfin, elle est plus facile à pratiquer que l'énucléation.

L. GALLIARD.

Zwei Fälle von unerwartet grossen Fremdkörpern der Orbita (Deux cas de corps étrangers très volumineux de l'orbite avec plaie pénétrante de la tête, consécutive à une chute), par LOTZ (*Klin. Monatsbl. f. prakt. Augenheilk.*, septembre 1890).

1^o Mort à la suite de pénétration dans l'orbite d'un crayon d'ardoise. Un enfant de 3 ans et demi fit une chute, tandis qu'il tenait à la main un crayon d'ardoise qui lui perça la joue et, traversant l'orbite, pénétra dans le cerveau au travers de la petite aile du phénoïde. Extraction du corps étranger. Mort par méningite.

2^o Cécité par suite de la pénétration dans l'orbite d'un gros morceau de bois qui y demeura 25 jours. Un homme de 48 ans fit une chute sur un fagot. Un morceau de bois se planta dans la joue gauche, au-dessous de l'œil, et se cassa. Le malade prétend l'avoir retiré. Trois jours plus tard, léger exophthalmos et diminution de tous les mouvements de l'œil. Œtème des paupières; à l'ophtalmoscope, stase veineuse, papille nettement limitée. Traitement de la blessure au sublimé et drainage, pansement à l'iodoforme, glace. On suppose la présence d'un corps étranger, mais on ne le trouve pas, malgré un large débridement. Le vingt-cinquième jour apparaît dans la plaie un morceau de bois long de 3 centimètres, large de 1 centimètre que l'on extrait facilement. Guérison, mais avec cécité. Papille un peu pâle, vaisseaux normaux.

ROHMER.

Zur Casuistik der Fremdkörper (Corps étrangers) in der Iris, par RIEKE (*Klin. Monastbl. f. Augenheilk.*, septembre 1890).

Une femme de 43 ans se présente pour sa myopie. En l'examinant, on observe un peu en dedans et en haut de la pupille une cicatrice cornéenne, et un peu plus haut, dans l'iris, une pierre incrustée, mais qui n'occasionnait aucun symptôme pathologique. La malade se rappela alors avoir été à l'âge de 11 ou 12 ans frappée à l'œil par un éclat de pierre qu'elle avait cassée avec sa houe, en travaillant dans son jardin. Elle avait alors souffert pendant trois jours, mais avait été complètement guérie par de simples compresses d'eau froide. Il y avait donc au moins trente ans que ce corps étranger séjournait dans l'iris sans provoquer aucun symptôme d'irritation.

ROHMER.

Ein Fall von Einheilung eines grossen Fremdkörpers im Augapfel (Un cas de guérison après introduction d'un corps étranger volumineux dans l'œil), par ZIEM (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, août 1890).

Un opticien eut l'œil gauche blessé par l'explosion d'un tube de thermomètre. Il ne put pas indiquer si un fragment de verre avait pénétré dans l'œil, bien qu'on constatât une blessure de la cornée et de l'iris, un hyphæma et plus tard une cataracte traumatique. Pendant quatre mois l'œil resta à peu près indolore et sans vive inflammation. Alors seulement on vit dans la plaie de

l'iris un point proéminent. Stellwag se décida à faire l'extraction du corps étranger présumé, et il retira un éclat de verre en forme de fer de lance, long de 18 millimètres sur 7 de large.

ROHMER.

La pyoctanine in oculistica, par E. DUCI (*Il Morgagni*, novembre 1890).

Duci a employé les pyoctanines bleue et jaune dans un grand nombre de cas d'affections de la cornée, de la conjonctive et des voies lacrymales. Il conclut de ses recherches que les pyoctanines sont généralement bien tolérées, qu'elles produisent cependant chez quelques malades une légère sensation de brûlure, qu'elles n'ont pas d'indications spéciales, mais que dans les formes suppuratives la pyoctanine bleue a une action plus rapide que les autres antiseptiques.

GEORGES THIBIERGE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Angine pseudo-membraneuse à pneumocoques, par JACCOUD (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 mars 1891).

Histoire d'un malade qui présentait tous les signes d'une angine diphtérique grave (fausse membrane épaissie, bien limitée, adénite, œdème cellulaire, albuminurie), portant successivement sur les deux amygdales et la luette. Absence constante du bacille diphtérique; mais extrême abondance du pneumocoque dans la fausse membrane. Le fait fut confirmé par plusieurs examens à diverses périodes.

A. CARTAZ.

Rouge's operation for the removal of a nasal sequestrum, par C. KNIGHT (*Med. News*, 3 janvier 1891).

Nègre, âgé de 35 ans. Chancre en 1879. Traitement incomplet et suivi irrégulièrement. En 1882, perforation de la voûte, manifestations du côté du nez. Deux mois après cet accident, Knight constate l'état suivant : cloison absolument détruite ainsi que les cornets. A la place, on trouve un volumineux séquestre, qu'on ne peut enlever avec la pince et le drill dentaire. Anesthésie par l'éther. Opération de Rouge. Ablation du séquestre mesurant un pouce et demi de longueur et de largeur, qui semble constitué par l'apophyse palatine du maxillaire ou la partie horizontale du palatin.

L'auteur, peu confiant jadis dans la valeur de l'opération de Rouge, la croit indiquée dans des lésions de ce genre où l'on peut agir avec sécurité, facilité, et sans que l'hémorragie soit trop forte. A. CARTAZ.

Des sinus frontaux et de leur trépanation, par L. MONTAZ (*Ann. de l'enseig. sup. de Grenoble*, III, n° 1).

Après avoir constaté l'insuffisance des descriptions des divers traités d'anatomie sur ce point, Montaz décrit les sinus frontaux. On peut facilement les étudier en pratiquant une coupe antéro-postérieure horizontale, suivant la ligne sus-orbitaire, et une coupe transversale, enlevant

toute la partie osseuse frontale du crâne. Les sinus frontaux représentent une cavité, large à la partie supérieure, qui est sous-jacente à la bosse nasale et à l'arcade sourcilière et va se rétrécissant en un infundibulum, plus ou moins circulaire, qui dégénère en un véritable canal. Ils sont divisés en deux par une cloison médiane, toujours déjetée à droite ou à gauche; quelquefois il existe à la partie supérieure des cloisons incomplètes. Ils sont tapissés par une muqueuse très mince, transparente, gris blanchâtre. Leur développement coïncide avec l'âge de la puberté. On ne les trouve pas dans le jeune âge.

Montaz décrit ce qu'il appelle un sinus frontal moyen, une sorte de dilatation, d'insufflation de la cloison formant cavité à part.

La trépanation du sinus est indiquée dans l'abcès chronique, le cathétérisme par la voie nasale n'étant, d'après l'auteur, que rarement praticable. Au contraire, l'ouverture au trépan permet, par l'engagement facile d'un tube dans le canal, un drainage qui remédie rapidement aux accidents. Suit une observation à l'appui.

A. CARTAZ.

Hydrencéphalocèle congénitale de la racine du nez, par C. BOTTEZ (*Bull. Soc. des méd. de Jassy, n° 6, 1890*).

Une enfant d'un mois, issue de parents bien portants et ayant d'autres frères bien conformés, présente à la base du nez une tumeur du volume d'une pomme, qui s'étend vers le front et occupe la bosse nasale du frontal, immédiatement au-dessous des sourcils. L'œil gauche est en grande partie caché par elle et dévié en dehors; l'œil droit menace de l'être aussi. La tumeur, recouverte par une peau mince, laisse voir, à travers, la présence d'un liquide jaunâtre; elle est manifestement fluctuante, réductible par la compression, mais reprend son volume primitif aussitôt que la compression cesse. Une ponction exploratrice laisse écouler 10 grammes de liquide céphalo-rachidien. L'enfant succombe après avoir vécu 45 jours. Voici le résultat de l'autopsie : la tumeur est flasque, ridée et très réduite de volume; elle est entourée par les méninges, et l'on voit que l'os qui forme les bords de l'orifice de sortie de la hernie cérébrale ne présente aucune continuation avec les enveloppes de la tumeur. Aussitôt la dure-mère incisée, il s'écoule une petite quantité de liquide et l'on peut voir au fond de la cavité formée par cette dernière membrane la substance cérébrale ayant les dimensions d'un pruneau, qui sort de l'intérieur du crâne par un orifice situé sous la bosse frontale moyenne. La face externe de la substance cérébrale laisse voir les traces des circonvolutions; en l'incisant, il s'écoule une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Les sinus de la dure-mère sont vides, excepté dans les parties déclives, où l'on peut constater une petite quantité de sang; le cerveau est asymétrique, l'hémisphère droit est deux fois plus grand que le gauche; le premier a la forme d'un rein dans la concavité duquel se trouve le second. Les circonvolutions cérébrales sont peu développées, surtout sur l'hémisphère droit, où elles semblent être aplaties et comprimées contre la face interne de la calotte crânienne. Le cerveau hernié sortait à travers un orifice anormal situé immédiatement au-dessous de l'épine nasale du frontal, et qui paraissait constitué par un élargissement du trou borgne, ainsi que par une dislocation en bas de tout l'ethmoïde. Il existe encore sur le pariétal droit un trou de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, membraneux et non ossifié. La faux du cerveau est déviée à gauche; la fontanelle antérieure a la forme d'un triangle à base tournée à gauche. La suture sagittale n'est pas ossifiée.

G. BOGDAN.

Destruction partielle du nez par morsure ; restauration par décortication et abaissement, par TRIPIER (5^e Cong. franç. chir. Bulletin méd., 1^{er} avril 1891).

Jeune femme de 27 ans, dont le lobule et les ailes du nez avaient été enlevés par un coup de dent. L'aile droite, plus particulièrement intéressée, se présentait très courte et découpée de dentelures au niveau de son bord libre, plus ou moins modifié par un tissu de cicatrice ; la sous-cloison, à peu près respectée, faisait une saillie considérable. Pour réparer ces désordres, le procédé suivant a été mis en pratique.

Dans un premier temps, on a détaché toute la partie inférieure (ailes et parties saillantes), destinée à représenter le lobule de nouvelle formation, par une incision en V, dont la pointe, située en haut, correspondait à la partie dorsale, tandis que les branches inégales gagnaient les sillons naso-lo-baires. Cette partie fut ensuite mobilisée par une dissection comprenant, dans l'épaisseur du lambeau, le périchondre, destiné à lui donner plus de résistance, puis elle fut abaissée de façon à faire saillir le nouveau lobule.

Le second temps a eu pour but la réparation de la perte de substance causée par l'abaissement du lambeau précédent. A cet effet, deux lambeaux en parallélogramme, à pédicules supérieurs, furent taillés sur les parties latérales du nez, disséqués et mobilisés.

Dans un troisième temps, on fit, vers la ligne médiane, le rapprochement des deux lambeaux précédents, qui furent suturés l'un à l'autre au niveau de l'arête dorsale, et dans l'angle rentrant vint se fixer l'angle saillant du lambeau lobulaire. Quant aux ailes, elles furent accrochées à l'extrémité inférieure de ces lambeaux. Deux interventions consécutives furent ensuite pratiquées secondairement, l'une pour diminuer la longueur de l'aile gauche par excision d'un fragment du bord libre, l'autre pour faire disparaître la saillie exagérée de la sous-cloison par ablation d'un fragment losangique à grand axe antéro-postérieur et suture des lèvres béantes. Les suites de ces opérations ont été bonnes ; la réunion des parties suturées a eu lieu par première intention et le résultat paraît devoir être excellent. OZENNE.

Des accidents qui arrivent à la suite des opérations intranasales, par LERMOYEZ (*Ann. mal. de l'or., février 1891*).

L'auteur passe en revue, d'après les travaux et observations publiés, les divers accidents qui peuvent survenir à la suite d'interventions dans les fosses nasales. Ces accidents sont d'ordre infectieux (angines, érysipèle de la face, otite, abcès et accidents plus graves de méningite, pyohémie), d'ordre nerveux (névralgie, vertiges, spasme glottique, etc.), enfin d'ordre mécanique (hémorragie, rougeur du nez).

Lermoyez discute l'interprétation de ces divers accidents, insiste sur le soin que doit avoir l'opérateur de pratiquer une antisepsie minutieuse et de ne pas intervenir un peu hors de propos comme on l'avait fait pour les névroses réflexes nasales et de chercher si les troubles d'origine soi-disant nasale ne tiennent pas à une autre cause (dyspepsie, métrite, nervosisme, etc.).

Il termine cette intéressante revue par la publication d'un fait curieux de rougeur permanente de la peau du nez survenue chez une jeune femme de 25 ans, à la suite de cautérisations galvaniques de la muqueuse des cornets.

A. CARTAZ

Untersuchungen über die Ätiologie der Kehlkopftuberculose (Phtisie laryngée),
par Eug. FRAENKEL (*Archiv. f. pathol. Anat., Band CXXI, Heft 3*).

L'examen de 16 larynx de phtisiques permet à Fraenkel d'affirmer que les modifications tuberculeuses du larynx sont dues à l'invasion des bacilles à travers la muqueuse. L'apport des bacilles par l'intermédiaire du sang et de la lymphe est possible, mais constitue l'exception. Les bacilles traversent l'épithélium soit intact, soit déjà altéré et pénètrent ainsi dans le chorion sous-jacent. Les bacilles de Koch sont la cause des altérations tuberculeuses du larynx, bien que les staphylocoques et les streptocoques jouent également un certain rôle dans les troubles pathologiques de la phtisie laryngée.

ÉD. RETTERER.

Pyoktanin gegen tuberculöse Ulcerationen... (Emploi des couleurs d'aniline contre les ulcérations tuberculeuses laryngées et nasales), par J. SCHEINMANN (*Berlin. klin. Woch., n° 33, p. 757, 18 août 1890*).

Scheinmann a obtenu de bons effets de l'emploi de la pyoctanine sur les ulcérations tuberculeuses du nez et du larynx. Il l'applique en substance au moyen d'un stylet de cuivre chauffé et plongé dans la poudre pure qui s'y fixe en couche mi-carbonisée très adhérente. On porte le stylet ainsi armé sur les ulcérations qu'on frotte énergiquement après cocaïnisation. La tendance à la guérison se manifeste dès la première séance; la sécrétion est presque tarie déjà. La réaction est nulle et l'opération indolore. (*R. S. M., XXXVII, 95.*)

J. B.

Kann bei Larynxphthise durch endolaryngeale chirurgische Behandlung eine radicale Ausheilung des Kehlkopfes erlangt werden? (Traitement de la tuberculose laryngée par le curetage), par Theodor HERYNG (*Berlin. klin. Woch. 15 et 22 septembre 1890 et Ann. mal. de l'oreille, janvier 1891*).

Dans son travail sur la curabilité de la phtisie du larynx, Heryng avait publié l'observation de 28 malades. Depuis lors (1887), 12 sont morts, dont 2 sans récurrence de leur affection laryngée (1 a succombé à la phtisie pulmonaire, l'autre s'est suicidé). Heryng ignore le sort de 10 autres; enfin, les 6 restants sont encore en observation. Chez ceux qui sont morts, la guérison a persisté, dans un cas, 11 mois, dans un deuxième, 25 mois, et dans le troisième, 40 mois. D'autre part, 3 malades restent guéris jusqu'à ce jour.

Depuis 1887 jusqu'au 1^{er} juillet 1890, Heryng a vu 482 malades atteints de phtisie laryngée sur lesquels il en a traité 37 par la curette, et 52 par l'acide lactique principalement.

Il a eu recours à l'acide lactique dans les ulcérations superficielles des cordes vocales vraies et fausses, dans les ulcères lenticulaires et clairsemés de l'épiglotte peu ou pas infiltrée, enfin dans les ulcères circonscrits et recouverts de granulations molles de la paroi laryngée postérieure; 15 fois il a obtenu une cicatrisation parfaite.

En tout, il a pratiqué le curetage jusqu'ici chez 53 malades atteints de lésions plus graves : infiltrations diffuses de l'épiglotte, des ligaments ary-épiglottiques, de la paroi postérieure, affections des cartilages, imminence de suffocation. La majorité de ces opérés avait des lésions destructives étendues de l'un ou des deux poumons, de la fièvre, une

dysphagie intense et une aphonie complète. Dans tous ces cas, le diagnostic a été vérifié par la constatation des bacilles. Le résultat du traitement a été le suivant : 32 fois il y a eu cicatrisation plus ou moins durable des ulcères, et 5 fois guérison partielle.

Heryng au surplus démontre la réalité de cicatrisation des ulcérations laryngées en présentant une femme guérie depuis 4 ans, et les pièces de deux autopsies. Il ne peut s'agir ici de guérisons spontanées, car sur un total de 1,980 malades atteints de phthisie laryngée, Heryng n'en a vu que 14 cas, dont un seul vit encore après 7 ans, tandis que par son traitement il a obtenu en 4 ans 70 cicatrisations.

Il a renoncé au galvanocautère qui a donné des succès à d'autres, parce qu'il forme des eschares lentes à se détacher et exacerbe la dysphagie pour un temps. L'électrolyse lui a fourni de bons résultats dans les infiltrations diffuses de l'épiglotte et la chordite tuberculeuse ; mais il l'emploie moins souvent que le curetage qui lui paraît mener plus rapidement au but.

Le curetage est indiqué : 1° dans les infiltrations ou ulcérations bourgeonnantes circonscrites de la paroi postérieure, ainsi que dans les infiltrations inflammatoires unilatérales récentes de l'épiglotte. On se servira de la curette double de Krause ; 2° dans les infiltrations et ulcérations profondes des fausses cordes vocales, où l'on peut se servir soit de la curette tranchante, soit de la curette double de Krause, soit de l'instrument de Landgraf ; 3° dans les ulcérations végétantes avec formations granuleuses, qui, parties des cordes vocales vraies ou des apophyses vocales, donnent souvent lieu à des rétrécissements, ainsi que dans les néoformations et excroissances polypiformes.

L'indication donnée, il faut faire agir la curette aussi profondément et aussi énergiquement que possible.

En revanche, le curetage est contre-indiqué chez les malades profondément débilités au moral comme au physique, chez ceux qui sont démoralisés par la vue d'une goutte de sang ou d'un instrument, chez ceux qui ne s'habituent pas aux manœuvres laryngoscopiques, chez ceux enfin qui manquent de patience ou de confiance.

En résumé, lorsque, comme c'est l'ordinaire, il y a coexistence de tuberculose pulmonaire, à la suite d'un traitement chirurgical, le larynx peut, dans des cas très rares, guérir complètement et récupérer ses fonctions ; dans des cas plus fréquents, éprouver une amélioration considérable, susceptible de maintien pendant des mois ou des années ; mais ce traitement n'empêche pas les récidives ni les progrès de l'affection pulmonaire. Enfin, le traitement de l'état général doit toujours être considéré comme l'élément le plus important de la thérapeutique. J. B.

Ueber die Wirkung der heissen Luft bei Larynx tuberculose (Des inhalations d'air chaud dans la tuberculose laryngée), par NYKAMP (*Deutsche med. Woch.* n° 18, p. 380, 1890).

Les expériences sur les chiens ont montré à l'auteur que les inhalations d'air surchauffé peuvent élever la température de l'air dans le pharynx et la bouche jusqu'à 55°, mais ne modifient presque pas la température dans la trachée.

Quant à la tuberculose du larynx, ces inhalations ne déterminent aucune amélioration locale ; elles n'exercent pas d'influence favorable sur l'état général des sujets. Le seul avantage qu'elles aient, c'est de forcer les poumons à une certaine gymnastique régulière. L. GALLIARD.

Habituelle Luxation der Articulation crico-thyroidea, par H. BRAUN (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 41, p. 935, 13 octobre 1890).

Braun signale une luxation habituelle de l'articulation cricothyroïdienne qu'il a reconnue sans peine sur deux malades, car lui-même la présente depuis plusieurs années.

La luxation de la corne inférieure du thyroïde, en avant de la surface articulaire du cricoïde, se produit dans les inspirations profondes, plus fréquemment encore dans les bâillements, surtout quand on s'efforce de les retenir ou dans les bâillements incomplets de l'attitude couchée. Le déplacement ne s'effectue jamais simultanément des deux côtés, mais toujours d'un seul, tantôt à droite, tantôt à gauche ; après s'être réitéré quotidiennement, il peut cesser pendant des semaines et même des mois.

La production de la luxation s'accompagne localement d'une vive douleur compliquée d'un sentiment d'inquiétude ou même d'angoisse, qui ne manque jamais, alors même qu'on a parfaite conscience de l'insignifiance de l'accident.

Sur le bord interne du sterno-mastoïdien, dans la profondeur du cou, à la hauteur du bord inférieur du cartilage thyroïde et au point même où la douleur est ressentie, on trouve une petite saillie qu'on peut faire disparaître en exerçant une pression en dehors et en arrière ; la disparition de cette saillie s'accompagne d'un bruit appréciable. La réduction peut être opérée non seulement par pression directe du doigt, mais aussi par des mouvements de déglutition.

La luxation est due à la traction exercée par les muscles qui, dans les inspirations profondes et les bâillements, attirent en bas le larynx (sterno-thyroïdien et peut-être aussi cricothyroïdien), tandis que celui-ci est maintenu fixement par l'os hyoïde. Il est vraisemblable qu'il faut de plus une laxité spéciale de la capsule articulaire. J. B.

Larynxödem nach Iodkaliumgebrauch, par ROSENBERG (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, p. 825, 1890).

Une femme de 21 ans, ayant pris, à quelques heures de distance, deux cuillerées à soupe d'une solution d'iodure de potassium à 2 1/2 0/0, se réveille au milieu de la nuit en proie à une grande anxiété ; elle respire difficilement et la dyspnée dure jusqu'au moment où elle se présente à la clinique.

L'expiration est facile et silencieuse, tandis que l'inspiration est pénible et bruyante. Muqueuse nasale tuméfiée ; muqueuse pharyngée épaissie et injectée. Cordes vocales rougeâtres. Muqueuse sous-glottique très œdématisée, saillante, dépassant dans les régions postérieures les cordes vocales, si bien qu'à son niveau l'espace libre ne mesure qu'un demi-millimètre.

Sous l'influence de la glace, on voit la tuméfaction diminuer dès le lendemain ; la respiration devient plus libre. Guérison le cinquième jour.

L. GALLIARD.

Le tubage du larynx dans les sténoses syphilitiques aiguës et chroniques, par
LEFFERTS (*Arch. de laryng.*, III, n° 6).

Lefferts propose de substituer à la trachéotomie le tubage du larynx pour les cas de sténose d'origine syphilitique, amenés soit par cicatrices vicieuses, fixation des cartilages aryénoïdes en position vicieuse par adhérence, paralysie des cordes, en un mot pour les rétrécissements de toutes formes. Il trouve au tubage, en dehors de la suppression d'une opération sanglante, les avantages de combiner la dilatation au soulagement de la dyspnée. Par la pression constante, les tubes, dont on peut augmenter graduellement le volume, amènent la résorption de l'exsudat inflammatoire, dilatent les cicatrices et permettent dans bien des cas au traitement spécifique d'exercer son action.

Lefferts emploie de préférence des tubes en caoutchouc durci de différentes grosseurs ; il insiste sur les divers temps de cette opération et publie dix observations à l'appui de sa proposition. A. CARTAZ.

The evulsion of a laryngeal tumor... (Tumeur du larynx récidivant au bout de 22 ans), par LINCOLN (*N. York med. journ.*, p. 206, 22 février 1890).

Il s'agit d'une tumeur du larynx opérée pour la première fois en 1862, chez une femme alors âgée de 23 ans. Elle était adhérente à l'épiglotte et à la corde vocale du côté gauche. Sa masse totale atteignait le volume d'un petit œuf de poule. Au microscope, elle offrait la structure d'un fibrome, mais les parties superficielles avaient l'aspect de l'épithéliome.

En 1867, l'opérée n'ayant pas recouvré la voix et la tumeur se reproduisant, on dut pratiquer la laryngotomie (sans trachéotomie) pour compléter l'extirpation.

Rien à noter jusqu'en août 1888 ; à ce moment, le sujet souffre du larynx. Au mois d'octobre, on constate une tumeur siégeant sur le tiers postérieur de la corde vocale droite. Extirpation. La voix s'améliore immédiatement.

Les histologistes déclarent actuellement que la tumeur est un papillome.

L. GALLIARD.

A case of tumor the larynx showing amyloid degeneration, par Franklin H. HOOPER (*N. York med. Record*, 7 mars 1891).

L'intérêt de ce fait réside dans l'étude histologique de la tumeur : il s'agissait d'un myxofibrome télangiectasique, implanté sur la corde vocale gauche, et en partie dans le ventricule, chez un homme de 53 ans ; tumeur du volume d'une noisette, 12 millimètres de diamètre. Ablation avec le serre-nœud écraseur. Les coupes du tissu présentaient sur certains points une dégénérescence amyloïde des mieux caractérisées.

A. CARTAZ.

I. — Recurrenslähmung nach Influenza, par KRAKAUER.

II. — Discussion de la Société laryngologique de Berlin (*Berlin. klin. Woch.* n° 39, p. 899, 29 septembre 1890).

I. — Homme de 39 ans, pris au début de la convalescence de la grippe, d'enrouement et d'aphonie qui ne tarde pas à devenir absolue. Au laryngoscope, on constate une paralysie du récurrent gauche : la corde vocale gauche gardait la position cadavérique, tandis que la droite exécutait un mouvement supplémentaire en dépassant la ligne médiane. Les cartilages de Santorini chevauchaient, le droit se trouvant en arrière. Sous l'influence de quelques

faradisations et d'un peu de strychnine, l'aphonie a disparu, mais la raucité est encore extrême; la corde vocale gauche commence à exécuter quelques mouvements en dehors.

II. — Dans la discussion, Dreyfuss déclare que le malade de Krakauer a été traité à la polyclinique de Baginsky pour une paralysie du récurrent consécutive à la grippe et due au gonflement des ganglions bronchiques qui ont comprimé le nerf.

P. Heymann a traité un garçon de 12 ans 1/2 atteint, à la suite de la grippe, d'une paralysie bilatérale du voile palatin.

B. Fränkel accepte le diagnostic de Krakauer, mais il lui a été impossible de remarquer le moindre mouvement de la corde vocale paralysée.

Scheinmann ajoute que même dans les inspirations profondes, il n'a pas vu la corde droite dépasser la position qu'elle a sur le cadavre; d'autre part, la largeur de la fente glottique pendant la respiration paraît beaucoup moindre que si elle était uniquement le résultat d'une paralysie de la corde vocale gauche, aussi croit-il que le nerf récurrent droit est lui aussi lésé.

Herzfeld a soigné un garçon de 5 ans qui, au douzième jour d'une bronchite grippale, perdit brusquement la parole et l'ouïe; en même temps il existait des douleurs auriculaires intenses et de l'anesthésie cutanée. On fit la paracentèse bien que les tympons fussent normaux. Dès le lendemain, reparaisaient l'ouïe et quelques jours plus tard, la parole.

Krakauer reconnaît qu'il ne retrouve plus aujourd'hui les mouvements en dehors des cordes vocales, qu'il a pu faire constater hier à divers collègues, mais il n'admet pas qu'il y ait parésie de la corde droite. Pour lui, la bronchite de son malade était trop peu intense pour qu'elle ait pu amener une tuméfaction ganglionnaire comprimant le récurrent; d'ailleurs la paralysie persiste encore maintenant que 5 semaines sont écoulées depuis la maladie. Comme d'autre part, ce malade n'est pas neuropathe, et n'a pas de tumeurs intra-thoraciques, il ne reste pour le diagnostic qu'une paralysie infectieuse, semblable à celle qu'on observe après la diphtérie.

J. B.

I. — *Kurzer Bericht über zwölf Kehlkopfexstirpationen* (Compte rendu de 12 ablations du larynx), par Alexander TIETZE (*Berlin. klin. Woch.*, n° 29, p. 660, 21 juillet 1890).

II. — 6 nouveaux cas d'ablation du larynx, par Eugen HAHN (*Ibidem*, n° 30, p. 694, 28 juillet 1890).

III. — Deux cas de laryngectomie, par David WALLACE (*Edinburgh med. journ.*, t. II, p. 332, octobre 1890).

IV. — *Vorschläge zur Kehlkopfexstirpation* (Extirpation du larynx), par BARDENHEUER (*Deutsche med. Woch.*, n° 20, p. 447, 1890).

I. — A la clinique de la Faculté de Breslau, Fischer a pratiqué douze ablations de larynx sur 10 malades, comprenant seulement 2 femmes; 4 fois l'ablation fut totale et chez 2 de ces opérés elle avait été précédée d'une excision partielle.

Neuf fois il s'agissait de cancer, une fois de sarcome. L'âge des malades est compris entre 49 et 57 ans. Le cancer siégeait deux fois sur l'épiglotte et à l'entrée du larynx, une fois sur la paroi postérieure, deux fois au côté gauche et quatre fois au côté droit du larynx.

Trois malades furent trachéotomisés quelques semaines avant l'ablation; 4 immédiatement avant; un subit peu de jours auparavant la laryngotomie.

Des 4 malades ayant subi l'ablation totale, l'un, opéré pour une récidive, a succombé moins de trois semaines plus tard à une pneumonie. Durant l'opération, on avait dû lier la jugulaire interne et la carotide primitive, ce qui entraîna une hémiplegie du côté opposé. Le deuxième a survécu 4 ans et demi; 6 mois avant la mort se produisit une récidive dans le corps thyroïde, les ganglions cervicaux et la paroi antérieure de l'œsophage; le malade ne résista pas à une nouvelle opération. Le troisième a vécu encore un an avant d'être emporté par la récidive. Enfin le quatrième est mort 6 mois après l'ablation totale, 11 mois après la partielle; la terminaison fatale fut due à une ulcération de la veine azygos envahie.

Des 8 malades ayant subi l'ablation partielle, 4 sont morts dans les quinze jours suivants (3 par bronchite ou pneumonie résultant de l'introduction de matières infectieuses; le quatrième par péritonite), 2 autres durent subir ultérieurement l'ablation totale; un est encore exempt de récidive six mois après l'opération. Enfin le dernier, opéré pour un sarcome, eut une récidive du même côté au bout de neuf mois et dut subir une nouvelle opération qui date maintenant d'un an, sans qu'une nouvelle récidive se soit effectuée.

Aucun des opérés qui ont survécu n'a pu se passer de canule. J. B.

II. — Depuis la publication de Cohn (*R. S. M.*, XXXI, 274), Hahn a fait 6 nouvelles ablations du larynx, 5 pour cancer et une pour pullulation de polypes. Cinq de ces opérés vivent encore. Le sixième a succombé dix semaines après l'opération, dans les conditions suivantes : Hahn avait excisé un tronçon de la carotide primitive et de la jugulaire interne. Néanmoins il ne put enlever tous les tissus malades et il se produisit une récidive qui subit la fonte putride. Ce malade succomba à une broncho-pneumonie infectieuse.

L'un des survivants est l'homme que Schoetz a traité par l'électrolyse (*R. S. M.*, XXXVI, 694) pour une récidive presque immédiate.

Hahn déconseille l'opération dans les cas avancés où l'on serait obligé de pratiquer l'ablation totale du larynx. J. B.

III. — 1^o Femme de 32 ans, dès le mois de février 1884, se plaignait de dysphagie et de douleurs dans la gorge. Neuf mois plus tard, la déglutition des aliments solides devenait impossible. A cette époque, le laryngoscope démontrait l'existence d'un épithéliome de l'origine de l'œsophage comprimant et infiltrant la paroi postérieure du larynx. Pas de ganglion.

Le 5 novembre, Chiene fit l'œsophagostomie; à la suite l'état général s'améliora, les forces revinrent. A la fin de décembre, survinrent des troubles de la respiration, de dyspnée violente; la trachéotomie était imminente. Mais la malade refusa toute intervention qui ne la débarrasserait complètement de sa tumeur. On consent à tenter la laryngectomie. Le 31 décembre, incision en U renversé. Les 2 branches latérales le long des sterno-mastoïdiens, la transversale suivant le bord de l'os hyoïde. L'extension de la tumeur était telle qu'on résolut d'enlever tout le larynx et la partie supérieure de l'œsophage. Après désinsertion des muscles, section de la membrane thyroïdienne puis dissection de haut en bas en la renversant en avant de la tumeur tout entière que l'on détacha en sectionnant transversalement la trachée au-dessous du cricoïde. L'œsophage fut suturé à la partie supérieure de la plaie, et la partie supérieure de la trachée ramenée en avant fut suturée à la peau et aux muscles. Mort le 10^e jour de complications pulmonaires.

2^e Homme de 44 ans, depuis octobre 1885 présentait des troubles de la voix qui furent, à diverses reprises, soignés par nombre de spécialistes. En 1887, il fut vu par Hunter Mackenzie qui enleva sur la corde vocale gauche un petit nodule, qui examiné démontra que dès cette époque on avait affaire à de l'épithélioma.

Chiène le vité 19 février 1889, la dyspnée était considérable, la menace d'asphyxie considérable. Dès le lendemain, on fut forcé de faire la trachéotomie; le patient demandant à être débarrassé de sa tumeur, on pratiqua la laryngectomie.

Les suites furent des plus simples; dès le 12 mars on nourrit le malade avec la sonde œsophagienne. Dès le 16 mars, l'orifice de la trachéotomie est laissé sans la canule que l'on place dans la plaie faite pour la laryngectomie. A la fin du mois, il pouvait parler d'une façon intelligible et perceptible à quelques mètres. La santé était parfaite, il pouvait faire de longues courses sans douleur et sans gêne.

En septembre 1890, le malade est dans une excellente santé. Il n'a ni douleur ni gêne d'aucune sorte et il n'existe aucun signe de récidive.

F. VERCHÈRE.

IV. — Bardenheuer, ayant eu 4 insuccès dans 5 extirpations de larynx s'est préoccupé d'empêcher l'inféction de la partie inférieure par les sécrétions buccales, et dès lors il a obtenu des résultats satisfaisants : 4 guérisons sur 4 (un des opérés a succombé six semaines après l'extirpation du larynx par le fait d'une bronchite chronique).

Voici son procédé : Il fait renverser en arrière la tête de l'opéré, de façon que la plaie trachéale soit sur un plan plus élevé que le reste de la plaie et que les liquides ne puissent s'accumuler autour de la trachée.

Il épargne autant que possible la paroi œsophagienne et la suture quand elle a dû être ouverte. Le changement de pansement dépend de la résistance des sutures; quand celles-ci résistent, on peut laisser le pansement huit jours en place. On peut éviter de cette manière l'emploi de la sonde œsophagienne.

L'auteur fait usage de gaze stérilisée.

L. GALLIARD.

Fracture laryngo-trachéale, fusion des cordes vocales, glotte supplémentaire,
par DESVERNINE-GALDOS (*Ann. mal. de l'or.*, octobre 1890).

Desvernine a eu l'occasion d'observer un malade trachéotomisé pour une fracture du larynx survenue dans une chute plusieurs années auparavant. Le malade ne portait plus de canule; il subsistait un canal trachéocutané permettant la respiration. La voix dysphonique était assez nette; mais basse et d'un timbre uniforme, monotone. A l'examen, on trouvait les cordes vocales complètement soudées, sauf à la partie antérieure où subsistait un petit pertuis. Dans les mouvements de phonation, les bandes ventriculaires se rapprochaient formant une pseudo-glotte.

Le malade mourut de tuberculose et à l'autopsie on constata les cicatrices d'une fracture du thyroïde, du cricoïde et des quatre premiers segments de la trachée, l'hypertrophie des bandes ventriculaires, la soudure des cordes sauf le pertuis antérieur, de l'ankylose des deux articulations crico-aryténoïdiennes; les muscles adducteurs et abducteurs étaient atrophiés tandis que les fibres musculaires des bandes ventriculaires étaient hypertrophiées; enfin la région sous-glottique était diminuée dans son diamètre transversal par épaissement de ses parois latérales.

Desvernine admet, d'après ce cas, que les bandes ventriculaires peuvent remplacer définitivement la vraie glotte, pour la voix parlée, timbrée.

A. CARTAZ.

The surgical treatment of croup, par F. E. WAXHAM (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 521, 11 octobre 1890).

Waxham, qui a déjà publié une série de 150 cas de croup traités par l'intubation, donne une nouvelle série de 135 cas observés depuis mars 1888 à mai 1890.

La première série comprenait 41 guérisons, ou 27.33 0/0 ; celle-ci en comprend 59, soit 43.70 0/0, ce qui donnerait une moyenne de 285 opérations avec 100 guérisons, ou 35 0/0.

Des malades ainsi traités, 10 étaient âgés de moins d'un an ; 3, âgés de 9 et 10 mois, ont guéri ; 93 malades au-dessous de 3 ans ont donné 22 guérisons, ou 23.65 0/0. Enfin 193 malades au-dessus de 3 ans donnent 78 guérisons, ou une proportion de 40.62 0/0.

Aussi Waxham recommande-t-il l'intubation de préférence à la trachéotomie à tous âges, en toutes conditions, et dans toutes les circonstances. Il insiste sur ce fait que presque tous ses opérés ont été observés dans la pratique d'autres médecins ; il a été appelé en dernier ressort, après que d'autres traitements avaient échoué, alors que le malade était dans un état presque toujours très grave.

M.

Du chloroforme dans la trachéotomie, par GEFFRIER (*Rev. de chir.*, n° 12, p. 965, 1890).

Geffrier analyse 87 observations personnelles d'administration du chloroforme dans la trachéotomie chez l'enfant. Dans 53 cas, le chloroforme a été bien toléré ; dans 17 cas, assez bien ; dans 17 derniers cas, mal supporté ; mais, pas un seul cas de mort, soit pendant la trachéotomie, soit immédiatement après. Sur les 22 décès qui se sont produits, le plus rapproché de l'opération a eu lieu au bout de 24 heures.

Les résultats consignés dans la statistique de Geffrier sont particulièrement remarquables ; la mortalité n'a été que de 22 cas sur 87, soit 25 0/0, et jamais aucun accident grave n'a été imputable à l'emploi du chloroforme.

Geffrier conseille, tout étant préparé pour l'opération, de donner le chloroforme soi-même ou de le faire donner par un aide expérimenté ; de provoquer, s'il y a lieu, les mouvements d'inspiration par l'excitation de la peau, pincements, chatouillements.

Il faut cesser l'inhalation chloroformique immédiatement et opérer rapidement, si l'état de la respiration reste inquiétant (cyanose rapidement croissante, apnée prolongée).

On doit considérer comme des contre-indications à l'emploi du chloroforme : 1° d'une façon absolue l'asphyxie avancée, la prostration par infection diphtéritique ; 2° d'une façon relative et par ordre décroissant : la cyanose accentuée, sans gêne de l'expiration ; la cyanose légère, avec gêne de l'expiration.

La cyanose légère sans gêne de l'expiration, le jeune âge des sujets, ne doivent pas contre-indiquer l'anesthésie chloroformique.

Le chloroforme paraît plutôt mieux supporté dans les cas où le tirage s'est établi après plusieurs accès de suffocation, que lorsque ce tirage s'est établi progressivement, sans accès.

G. WALTHER.

Urgent dyspnœa in an infant... (Irruption dans la trachée d'un ganglion bronchique caséeux), par R. PARKER (*Brit. med. j.*, p. 899, 18 octobre 1890).

Un enfant à la mamelle, jusque-là bien portant, est pris brusquement, sans cause connue, d'un accès de suffocation tel, que la trachéotomie s'impose d'urgence. L'opération n'amène qu'un soulagement momentané, et une heure après la mort arrive par asphyxie. On trouve à l'autopsie un ganglion caséeux, qui avait ulcéré la trachée et qui obstruait ce conduit juste au niveau de sa bifurcation.

H. R.

Plötzlicher Tod durch Hyperplasie der Thymus während der Tracheotomie (Mort subite par hyperplasie du thymus pendant la trachéotomie), par KRUSE et CAHEN (*Deutsche med. Woch.*, n° 21, p. 450, 1890).

Enfant de deux ans, bien développé, ayant depuis la veille des troubles de la déglutition et un état fébrile, et offrant des signes d'oblitération trachéale. Trachéotomie nécessaire; on fait inhaler une petite quantité de chloroforme. On met à nu le cartilage cricoïde et le corps thyroïde. Au moment où on incise celui-ci, la respiration devient superficielle et le pouls cesse de battre. On ouvre rapidement la trachée, mais la cyanose augmente et la respiration s'arrête. La respiration artificielle est pratiquée sans succès; on introduit une sonde dans la trachée qui ne contient pas de fausses membranes. On agrandit l'incision, on faradise le phrénique, on injecte du camphre. L'enfant est mort.

Autopsie. Le thymus mesure 71 millimètres de long, 42 de large, 17 d'épaisseur; un lobe en forme de languette, long de 25 centimètres, s'avance au-dessus de la poignée du sternum jusqu'au voisinage de l'isthme du corps thyroïde. L'espace compris entre la colonne vertébrale et le sternum ne mesure que 21 millimètres (le thymus en occupe 17).

Légère diphtérie des cordes vocales et des amygdales. Rougeur de la trachée, sans fausses membranes. Quelques foyers atelectasiés ou infiltrés dans le parenchyme pulmonaire. Rien à noter dans les viscères sinon une légère hyperplasie des éléments lymphatiques de l'intestin.

L. GALLIARD.

Enophtalmic goitre ending fatally for sudden compression of the trachea, par Hugh MONTGOMERIE (*Lancet*, 1891 vol. I, p. 306).

Femme de 35 ans, souffrant depuis deux ans de goitre exophtalmique. Mort en moins d'une heure par une crise intense d'étouffements survenue d'une façon tout à fait subite. La trachéotomie fut faite dans les dernières minutes de la vie mais inutilement. A l'autopsie on trouva la trachée complètement comprimée et aplatie par le lobe droit du corps thyroïde. Les anneaux étaient ramollis. Il était donc probable qu'il y avait un travail de compression et de désorganisation lent terminé par un affaissement subit. A.-F. PLICQUE.

Fibroid polypus of the trachea, par BIDWELL (*Lancet*, p. 976, 18 novembre 1890).

Enfant de 5 ans, mort d'asphyxie malgré la trachéotomie. Les premiers accès de dyspnée n'avaient apparu que quinze jours avant la mort; la trachéotomie ne fut nécessaire qu'au 13^e jour. Elle ne donna pas le moindre soulagement. Le polype du volume d'une bille s'insérait sur la paroi postérieure de la trachée; structure fibro-cellulaire. Rien dans les autres organes.

A.-F. PLICQUE.

Tumeurs de la trachée, par Paul KOCH (*Ann. mal. de l'or.*, octobre 1890).

1^o Homme de 48 ans, un peu essoufflé, se plaignant de ne pouvoir chanter facilement; dans les mouvements accentués, cornage marqué. A l'examen laryngoscopique, tumeur de la trachée, sessile, rouge, immo-

bile. Refus de se laisser trachéotomiser. Quelques jours plus tard, accès de suffocation; trachéotomie d'urgence la nuit. Le couteau porte sur la tumeur; hémorragie considérable qu'on arrête à grand'peine avec la canule de Kœnig. Le 4^e jour, en changeant la canule, nouvelle hémorragie mortelle. Il s'agissait d'un angiosarcome celluleux, mou, brun, avec vaisseaux de gros calibre.

2^o Dans le second cas, homme de 38 ans, tumeur volumineuse de la trachée, accident de dyspnée grave. Refus de trachéotomie. Mort subite. On ne put faire d'examen.

Koch rappelle, à la suite de ces deux faits, les signes différentiels principaux des tumeurs de la trachée; et montre la valeur de la dyspnée qui indique une tumeur volumineuse obstruant presque toute la trachée, et insiste sur la nécessité de faire la trachéotomie assez bas pour être au-dessous de la tumeur.

A. CARTAZ.

De l'otorragie dans la cirrhose hypertrophique, par LEUDET (*Ann. mal. de l'or.*, octobre 1890).

Les hémorragies ne sont pas rares dans les maladies du foie, mais on n'a pas encore signalé, d'après les recherches de l'auteur, des cas d'otorragie.

L'observation qu'il relate a trait à un malade de 40 ans, alcoolique, avec cirrhose hypertrophique, ascite, ictère, urines rares, etc. A trois ou quatre reprises, dans la période terminale de la maladie, il y eut de l'otorragie abondante (oreille gauche). L'examen otoscopique n'a pas été pratiqué.

A. CARTAZ.

Untersuchungen über die Herausnahme des Steigbuegels bei Thieren (Expériences d'ablation de l'étrier chez les animaux), par BOTEY (*Berlin. klin. Wochens.*, n^o 43, p. 1000, 27 octobre 1890).

Botey a enlevé à des pigeons les deux columelles sans phénomènes réactionnels spéciaux. Peu après l'opération, l'animal entendait déjà à une faible distance (1/6-1/7). Il conclut :

L'opération est sans danger pour les animaux. Les membranes ovale et ronde se régénèrent, que le liquide labyrinthique se soit écoulé ou non. Les animaux conservent une ouïe diminuée. Quand le labyrinthe est normal, les animaux privés de la totalité de l'appareil conducteur des sons entendent mieux que ceux qui ont une ankylose de l'étrier et n'ont pas été opérés. Les animaux auxquels le tympan et la columelle ont été enlevés entendent un peu mieux que ceux auxquels on laisse seulement l'étrier. L'opération est vraisemblablement aussi sans danger chez l'homme. Le tympan et les osselets ne sont pas indispensables à l'audition; leur rôle est de renforcer les sons.

J. B.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

Veröffentlichungen über Krankengeschichten und Leichenbefunde aus den Garnisonlazarethen (Recueil d'observations et d'autopsies des hôpitaux militaires) (*Deutsche militärärztliche Zeitschrift*, p. 193, 297, 396, 456 et 535, 1890).

Les registres d'autopsies des hôpitaux militaires en Allemagne sont, conformément aux prescriptions réglementaires, tenus avec le plus grand soin. Ces soins ont non seulement contribué à accroître notablement les connaissances techniques des médecins de l'armée, mais encore ont permis à la direction médicale du ministère de la guerre de rassembler un grand nombre de documents intéressants. Pour faire bénéficier le public médical de ces faits, la direction les a groupés en catégories en joignant aux procès-verbaux d'autopsie les rapports, les observations et les billets d'hôpital relatifs à chacun de ces cas et elle a confié à un certain nombre de médecins l'étude de ces groupes. L'ensemble de ces documents comprend 2,593 autopsies pratiquées du 1^{er} mai 1881 au 31 décembre 1887 et réparties en 18 groupes pathologiques. Six de ces rapports ont déjà paru, le premier en 1889 sur la tuberculose, par Grawitz, les cinq derniers que nous analysons. Leur étude est intéressante parce qu'elle donne une idée exacte de l'état de la médecine et de la chirurgie dans la pratique des hôpitaux militaires allemands.

1^o MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES A L'EXCEPTION DE LA TUBERCULOSE, par *Kannenber*g. — 443 décès servent de base à ce travail ; on y compte 367 pneumonies, 64 pleurésies, 4 gangrènes du poumon et 8 asphyxies par œdème de la glotte ou autres causes. La partie la plus intéressante est celle qui a trait à la thérapeutique des épanchements pleurétiques. L'auteur recommande d'asseoir le diagnostic de ces épanchements sur la ponction exploratrice et de pratiquer celle-ci, non pas à la seringue de Pravaz, qui fournit souvent des résultats erronés, mais au trocart ou à l'aiguille aspiratrice. Sur les 64 cas mortels, 17 avaient été traités par la ponction avec ou sans aspiration, souvent répétée plusieurs fois, et 40 par la pleurotomie, dont 3 après ponction ; sur ces 10 cas, 6 exigèrent la résection secondaire des côtes. La conclusion de l'auteur est que la résection costale est toujours préférable à la pleurotomie simple qui n'assure pas l'écoulement des liquides ; on doit y recourir dans tous les cas d'épanchement purulent.

2^o MALADIES CHIRURGICALES, par *Groschke*. — 145 autopsies dont 55 résultant d'affections traumatiques et 90 de maladies chirurgicales infectieuses. Les premières se répartissent de la sorte : 37 fractures du crâne, dont 7 de la voûte seule, 4 de la base, 24 communes à la base et 2 disjonctions des sutures ; 4 fractures de la colonne vertébrale ; 4 fractures de côtes avec déchirure du poumon et un grand nombre d'autres

fractures et de déchirures viscérales. La plupart de ces lésions, résultant de violences considérables, sont multiples.

En ce qui concerne les fractures du crâne, l'auteur y voit la confirmation générale des théories de Félizet et de Bergmann. La trépanation a été pratiquée 6 fois, dont 3 immédiatement pour compression cérébrale (dans un de ces cas il fallut lier la méningée moyenne) et 3 consécutivement (du 5^e au 7^e jour) pour abcès cérébral ; la mort a suivi rapidement ces interventions ; en effet, toutes les trépanations consécutives ont été faites en pleine méningite.

Parmi les fractures de la colonne vertébrale, une est particulièrement intéressante : c'est un cas de fracture de la deuxième vertèbre lombaire, sans luxation, dans lequel une esquille détachée de la paroi antérieure de cet os avait sectionné presque complètement la veine cave inférieure ; la rate était aussi déchirée ; il s'agissait d'une chute d'un étage sur le vestibule en pierre d'un escalier.

Parmi les autres blessures, presque toujours multiples et complexes, il faut citer un cas de déchirure du poulmon et de la rate consécutive à une chute de cheval. 6 côtes étaient fracturées, le poulmon blessé en deux endroits et des vaisseaux sanguins intacts traversaient l'une de ces déchirures ; la rate présentait dans son centre un fragment de tissu déchiré, arraché, séparé, mélangé de caillots. Dans un autre cas un cavalier, en traitement à l'hôpital pour un érysipèle de la face, se précipita par la fenêtre d'un deuxième étage dans un accès de délire ; aussitôt ballonnement du ventre, matité dans le flanc droit, hémorragie vésicale continuelle, mort le 3^e jour. A l'autopsie, on trouva un épanchement sanguin dans l'épaisseur de la paroi vésicale et une large rupture extra-péritonéale de la vessie ayant donné lieu à un fort épanchement pré-péritonéal, mais la séreuse était intacte. Enfin, le dernier fait est celui d'un artilleur qui reçut un coup de pied de cheval dans le ventre et « mourut avec la rapidité de l'éclair » : il présentait des ecchymoses et des collections sanguines dans le péricarde, le cœur, le poulmon, le péritoine, le mésentère, le diaphragme, la capsule du rein et une large déchirure de la rate. Le choc et l'hémorragie expliquent la soudaineté de la mort.

Les maladies chirurgicales infectieuses comprennent 17 cas de suppurations osseuses, 12 de périostite ou d'ostéomyélite, 7 d'érysipèle, 12 de phlegmon diffus, 39 de pyohémie et 3 de tétanos traumatique, ce qui prouve que les complications infectieuses n'ont pas encore disparu des hôpitaux militaires allemands.

La tuberculose est la cause la plus ordinaire des suppurations osseuses, car 11 fois sur 17 il existait des tubercules dans les autres organes ; néanmoins le traumatisme joue dans l'étiologie de ces affections un rôle considérable parce que de faibles inflammations de nature tuberculeuse peuvent demeurer silencieuses, tandis que les fatigues, les violences qui sont la conséquence inévitable de la profession militaire les réveillent et leur donnent un coup de fouet. C'est en particulier ce qui s'est produit dans 4 cas ; aussi l'auteur attire-t-il l'attention sur ces faits au point de vue de l'aptitude au service et de l'appréciation de la responsabilité de l'État dans les cas de réforme.

Pour les affections osseuses aiguës, c'est le traumatisme qui est le facteur étiologique essentiel et, chose curieuse, l'auteur fait remarquer que le fantassin y est infiniment plus exposé que le cavalier, en raison des fatigues et des violences que subissent ses membres inférieurs. Sur

les 12 autopsies relatées, 5 concernent des affections des membres supérieurs, 7 des membres inférieurs; presque toujours avec le foyer d'ostéomyélite il existait des suppurations en d'autres parties du corps; enfin, tous les sujets de cette catégorie étaient âgés de moins de 25 ans.

L'érysipèle a quelquefois pour point de départ une érosion insignifiante des fosses nasales et même un simple coryza. Dans un cas on a noté le saut de cette affection de la tête au prépuce; dans 2 cas il y eut gangrène de la peau. La mort fut entraînée soit par méningite (3 cas), soit par pneumonie (1 cas), soit par l'infection (3 cas); dans tous les cas on a trouvé, à l'autopsie, la rate hypertrophiée.

Dans les autopsies de phlegmon diffus (12 cas) on note constamment l'hypertrophie de la rate, la dégénérescence des fibres du cœur et l'état trouble des cellules du foie et des reins. L'infection purulente a eu pour cause 3 fois des blessures, 23 fois des suppurations, 1 fois le typhus et 12 fois une origine mal déterminée; dans 2 de ces cas même on ne put constater l'existence d'aucun foyer purulent comme source de l'intoxication, mais l'autopsie révéla toujours de nombreux foyers secondaires. Enfin, sur les 3 cas de tétanos, le dernier rapporté, relatif à un soldat qui aurait succombé à des convulsions provoquées par une dent cariée, ne semble pas appartenir à cette maladie.

3° PLAIES D'ARMES À FEU, par *Meilly*. — 128 autopsies dont 117 par suicide; l'arme usitée le plus fréquemment a été le fusil d'infanterie, mais 32 fois avec la simple cartouche à blanc. Les régions blessées sont les suivantes: tête 97 fois, cou 6, poitrine 11, abdomen 11, membres 3 (les coups de feu du cœur ne sont pas compris dans cette statistique).

La plupart des blessures de la tête proviennent de suicides et par conséquent de coups à bout portant: ils se caractérisent en conséquence, même avec la cartouche à blanc, par des désordres étendus, des déchirures et des éclatements qui révèlent l'influence de la pression hydrostatique. Ces phénomènes, du reste, se constatent également dans 2 coups de feu tirés à des distances de 100 et 300 mètres, ce qui confirme l'opinion de Reger fixant à 400 mètres pour le fusil actuel la limite de production de la pression hydrostatique. Les causes de la mort dans ces blessures ont été l'hémorragie, la commotion cérébrale, l'asphyxie par déglutition de la langue ou entrée du sang dans les voies aériennes et la septicémie.

Mêmes phénomènes de pression hydrostatique dans les coups de feu du poumon par suicide; la mort, dans ce cas, résulte presque toujours d'une hémorragie. Les coups de feu de l'abdomen présentaient tous des lésions viscérales graves, dans un cas l'éclatement du foie, dans un autre la séparation d'un grand segment de l'intestin; la mort a eu lieu par hémorragie ou par péritonite.

4° BLESSURES ET MALADIES DE L'INTESTIN, par *Groningen*. — L'auteur a divisé son travail en 3 sections comprenant: a) les blessures de l'intestin (20 cas), b) les étranglements internes (11 cas) et c) les inflammations de l'appendice et du cœcum (33 cas).

a) Sur les 20 blessures, une seule eut lieu par coup de couteau, une par éclatement à la suite d'un excès de nourriture; toutes les autres par chute ou coup de pied de cheval, le plus souvent, dans ces dernières, la paroi abdominale était indemne.

b) La mortalité par étranglement interne est, dans l'armée allemande, de 4 individus par an ou 1 sur 76,000 hommes. Parmi les 11 observations rapportées, l'une même concerne un cas de hernie étranglée opérée et réduite, mais dans laquelle le chirurgien négligea d'attirer au dehors et d'examiner l'anse intestinale; or, la hernie était étranglée par le collet du sac, qui fut réduit avec l'anse, si bien que l'opéré succombait 5 jours après à une péritonite purulente. Sur les 9 autres observations, la cause de l'étranglement était : 3 fois une éraillure du mésentère, 2 fois une bride épiploïque, 2 fois une torsion axile, 1 fois une bride diverticulaire, 1 fois des brides inflammatoires (la 10^e observation n'est pas rapportée). La laparotomie est le traitement par excellence de cette affection; elle est supérieure à tous les autres traitements; il faut la faire le plus rapidement possible.

c) La fréquence du phlegmon iliaque droit (typhlite et pérityphlite) est considérable dans l'armée allemande, puisqu'elle atteint la moyenne annuelle de 220 malades et 9 morts. Sur les 33 cas analysés par l'auteur, l'état de l'appendice était le suivant : perforation de l'appendice 21 cas (dont 14 avec corps étranger); appendice normal 7 cas (dont 4 avec corps étranger); appendice disparu 1 cas; appendice non mentionné 4 cas. La nature de ces corps étrangers était 15 fois un calcul ou des calculs stercoraux, 1 fois une touffe de poils servant de noyau à un coprolithe, 1 fois un haricot blanc, 1 fois un pépin d'orange. Après une intéressante discussion de ces faits relativement à la nature de la pérityphlite et de son traitement, l'auteur conclut :

Que le point de départ ordinaire, sinon exclusif, des affections appelées typhlite et pérityphlite est une maladie de l'appendice, le plus souvent déterminée par un corps étranger; que la constatation d'une collection purulente au voisinage du cœcum en exige l'ouverture; que cette opération est encore indiquée lorsque l'état général devient mauvais ou lorsqu'on perçoit les premiers signes de la péritonite; que lorsque la collection se vide dans la cavité péritonéale, la laparotomie est la seule chance de salut; que pendant l'opération il faut toujours examiner l'appendice et, au besoin, le réséquer; et que le meilleur procédé est celui de Sonnenburg, en deux temps, parce qu'il rend possible une intervention très précoce.

5^e 28 CAS D'AFFECTIONS DE L'OREILLE SUIVIES DE MORT AVEC CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES DE L'OREILLE ET L'APTITUDE AU SERVICE, par *Schwarze*. — Les complications des affections de l'oreille qui ont amené la mort sont : la méningite 2 cas, l'abcès du cerveau 10 cas, et la thrombose des sinus crâniens avec pyohémie 16 cas. Les abcès du cerveau siégeaient 7 fois à droite et 3 fois à gauche; 2 fois l'abcès était entre l'os et la dure-mère, 8 fois dans la substance cérébrale soit du lobe temporal soit du cervelet. La plupart de ces abcès étaient inopérables, ce qui est le cas ordinaire, de telle sorte qu'il faut s'attacher plutôt à les prévenir qu'à les évacuer. Les thromboses des sinus portaient 15 fois sur le sinus transverse, 1 fois sur le sinus pétreux inférieur : quelques-unes se prolongeaient jusque dans la veine jugulaire et l'ophtalmique; la pyohémie consécutive se caractérise par ses lésions habituelles, abcès dans la rate, les poumons et les articulations.

L'auteur attribue, au point de vue du diagnostic de la thrombose des

sinus, une certaine importance à la douleur à la pression le long de la jugulaire; en outre, il faut remarquer que, sur 16 cas, 3 fois seulement cette complication succéda à une otite de fraîche date; le plus souvent elle est consécutive à de vieilles suppurations de l'oreille et surtout à des otites infectieuses.

L'incision et la trépanation de l'apophyse mastoïde, la paracentèse du tympan sont les moyens préventifs de ces graves complications; il faut les employer de bonne heure et hardiment : 1° dans les mastoïdites aiguës quand l'incision cutanée et la glace ne font pas disparaître la douleur et la fièvre; 2° dans les mastoïdites anciennes quand il existe des abcès ossifluents, quand il y a rétention de pus dans l'oreille moyenne ou simplement quand l'écoulement de l'oreille devient fétide. Bien entendu, on agira simultanément sur le conduit auditif, de façon à modifier les lésions de la caisse.

D'après Schwarze, la fréquence de ces graves complications dans les hôpitaux militaires allemands serait due à l'abus et à l'application imprudente de la douche auriculaire ainsi qu'à l'emploi des insufflations massives d'acide borique grâce auxquelles on bouche le conduit auditif. Au point de vue du recrutement on devra toujours rechercher avec soin les traces d'une affection éteinte de l'oreille moyenne, à plus forte raison d'un catarrhe encore en activité; dans le premier cas, il est inutile d'ajourner l'homme, mais on devra, pendant son service, le dispenser de certains exercices comme la natation, la douche froide; dans le second cas, il faut envoyer le malade à l'hôpital et, si son affection ne guérit pas, le réformer.

DE SANTI.

I. — Étude comparative des effets produits par les balles du fusil Gras de 11 millimètres et du fusil Lebel de 8 millimètres par DELORME et CHAVASSE (*Arch. de méd. milit.*, février 1891).

II. — Effets du projectile du nouveau fusil de petit calibre, par BRUNS, traduit par HARTOG (*Bruxelles*).

I. — Voici les principales conclusions auxquelles sont arrivés les auteurs dans leurs expériences, qui datent de 1888.

Les différences observées entre le projectile actuel du fusil de 8 millimètres Lebel et le projectile de plomb du fusil de 11 millimètres Gras, tiennent pour la plupart à la force de pénétration plus grande du premier, à la difficulté de sa déformation et à son plus petit diamètre. Pour les deux balles, surtout lorsqu'elles rencontrent un os résistant, les désordres augmentent avec la vitesse.

Les effets explosifs, dans les tirs à très courte distance, sont identiques pour les deux projectiles. On les constate encore vers 300 mètres, lorsque la balle de 8 millimètres rencontre une diaphyse résistante; tant qu'avec la balle de plomb de 11 millimètres, on ne les observe plus au delà de 100 à 150 mètres.

Dans les tirs exécutés à des distances égales, en dehors de la zone des effets explosifs, on constate que les types des fractures diaphysaires restent les mêmes. Entre 300 et 800 mètres, la balle de 8 millimètres produit des effets un peu différents de ceux de la balle de 11 millimètres. Ces différences consistent : a dans un éclatement de la couche corticale

au point de contact, avec projection rétrograde de parcelles osseuses dans le trajet d'entrée; *b* dans la propulsion plus grande de petits fragments dans le canal médullaire; *c* dans le morcellement et la séparation plus complète de quelques esquilles appartenant à la deuxième paroi osseuse traversée; *d* dans la moins grande quantité d'esquilles chassées dans le canal de sortie; le trajet est plus nettoyé; *e* dans la propagation à des distances moindres des fêlures sur les deux fragments. En somme, à part ces différences d'ordre secondaire, la gravité des fractures produites par les deux balles, à ces distances, est à peu près égale.

De 800 à 1200 mètres, pour la balle de 8 millimètres, la comminution est moindre, la fragmentation des esquilles libres n'est passiv fréquente, l'écartement des traits fissuriques est moins prononcé, la projection d'esquilles dans le trajet de sortie est moins considérable: ces fractures semblent donc offrir moins de gravité. A partir de 1200 mètres, la balle de 8 millimètres a paru déterminer des fractures comparativement plus comminutives que la balle de plomb de 11 millimètres. Les fractures par contact direct, perpendiculaires, fréquentes avec la balle de 11 millimètres, deviennent exceptionnelles avec la balle de 8 millimètres. Les constacts tangentiels sont plus souvent accompagnés de fêlures sur la face opposée au contact avec la balle peu déformable de 8 millimètres, et les lésions articulaires sont en général moins comminutives et moins graves.

Sur le crâne, les gouttières sont beaucoup plus fréquentes, à bords plus nets, tout à fait rectilignes, avec la balle de 8 millimètres.

Avec des vitesses similaires, en dehors de la zone des effets explosifs, la balle de 8 millimètres produit sur les os des désordres comparativement moins graves que ceux de la balle de 11 millimètres.

II. — Les conclusions de Bruns sont basées sur 450 expériences. La force de pénétration des nouveaux projectiles est énorme; les effets sont dus à trois causes: une vitesse plus forte, une déformation moindre et une section plus petite de la balle. La perte de force vive due à la diminution de masse du projectile est compensée par la réduction de section, favorable à la pénétration: l'augmentation de vitesse compense le reste.

La balle tirée à courte distance sur des tôles de fer, s'échauffe jusqu'à 230 et 240 degrés centigrades; mais dans le corps humain, ces balles ne sauraient produire de brûlures.

Dans une série d'expériences, Bruns démontre que la pression hydraulique croit d'abord avec la vitesse du projectile, puis avec l'augmentation de son calibre. Ainsi, à 400 mètres, la pression développée par le projectile de petit calibre, est 3, 7 atmosphères; par le projectile de 11 millimètres, à manteau d'acier: 5, 3 atmosphères, et par le projectile en plomb de 11 millimètres 5, 5 atmosphères. Des tirs comparatifs sur des os dépouillés de leur moelle montrent que pour les os longs, l'intensité de la force explosive n'offre point de variations sensibles, qu'ils soient évidés ou non, mais une différence se manifeste selon que le projectile est déformable ou non déformable. Lors des fractures diaphysaires les symptômes d'effet explosif proviennent en partie du projectile refoulé et en fragments, ainsi que des éclats emportés produisant un effet semblable à celui des grains de plomb. — Quant aux fissures typiques et lignes de fractures, reconnaissables dans la plupart des lésions diaphysaires, même dans la zone des effets explosifs, elles se produisent indé-

pendamment de la pression dans les cavités, et se constatent aussi sur des cylindres de verre : elles prouvent que la grande rigidité en est la cause.

Avec la balle de petit calibre à chemise, dans les tirs à courte distance, les effets explosifs sont plus rares et moins prononcés : les diaphyses des os longs sont toujours en éclats, mais la plupart sont grands et retenus par périoste. Aucun effet explosif n'a été noté sur les muscles, mais les coups portés sur le crâne ont donné des signes caractéristiques de pression hydraulique.

A distance éloignée de 400 à 1200 mètres les blessures de la peau sont moins étendues, les symptômes de l'effet explosif disparaissent pour les os, excepté au crâne : l'étendue des éclats est un peu moindre : sur le cœur et le foie, il ne se manifeste qu'un effet explosif modéré. Tandis que la balle de plomb éprouve une déformation à 300 mètres en perçant les parties molles, et à 1200 mètres en atteignant les os, la balle à chemise de nickel ne se déforme que lors des coups tirés à courte distance, 12 à 100 mètres, sur les os les plus durs du corps humain : refoulement ou aplatissement de la pointe, ainsi que déchirures complètes de la chemise avec morcellement du noyau.

La balle à chemise d'acier subit peu de déformations, et le noyau n'a jamais glissé de la chemise.

En conclusion : le fusil de petit calibre est le plus humanitaire.

MAUBRAC.

I. — Beitrag zur Kenntniss der Eigenschaften der Sublimatverbandstoffe (Contribution à l'étude des propriétés des matériaux de pansement au sublimé), par LEHRNBECHER et HARTMANN (*Deutsche militärärztliche Zeitschrift*, p. 68; 1890).

II. — Bakteriologische Prüfung der antiseptischen Wirksamkeit der für den Feldgebrauch bestimmten Sublimatverbandstoffe (Essai bactériologique de l'action antiseptique des matériaux de pansement au sublimé du matériel de guerre), par PFUHL (*Ibidem*, p. 145).

I. — Lehrnbecher et Hartmann ont pris des morceaux de mousseline et d'ouate sublimées préparées depuis 9 mois et un morceau d'ouate salicylée préparée depuis plusieurs années, les ont inclus dans de la gélatine peptonisée et les ont portés à l'étuve où ils ont constaté que ces matériaux étaient stériles, c'est-à-dire dépourvus de tout germe. Mais si les mêmes matériaux sont imbibés d'une couche de gélatine nutritive sur laquelle on ensemence une culture pure de bacille pyocyanique (réactif très sensible au sublimé), on voit que le développement de ce bacille n'est nullement entravé. L'expérience répétée par d'autres procédés permet toujours de constater combien est faible l'action antiseptique de ces matériaux sur la gélatine et sur les milieux albumineux. Il n'en est plus de même si le pansement est imbibé d'eau stérilisée ou d'une solution de chlorure de sodium ; l'action antiseptique devient alors très manifeste. D'autre part, la dessiccation de la couche albumineuse à la surface du pansement lui fait perdre la propriété d'être un terrain de culture favorable aux germes. Ces faits sont importants parce que les pansements, sur les plaies, se trouvent au contact de liquides albumineux : mais, dans les pansements, surtout les pansements rares, la

siccité absolue du pansement est impossible à obtenir; or, il suffit de la moindre trace d'humidité pour que le terrain soit favorable aux germes. Enfin, les auteurs ont constaté que les germes ambiants qui tombent dans les pansements au sublimé n'y sont nullement détruits : ils s'y conservent et peuvent ultérieurement se développer. Mais il suffit simplement de mouiller la pièce souillée pour qu'elle devienne antiseptique. En conséquence, on devra toujours, avant de se servir des pansements au sublimé, surtout si la plaie n'est pas sûrement aseptique, en mouiller les matériaux avec une solution saline ou de l'eau stérilisée.

II.—Les expériences de Pfühl ont eu simplement pour but de déterminer la quantité de sublimé nécessaire aux matériaux de pansement pour y empêcher le développement des germes : il s'est servi pour cela d'une culture de staphylococcus aureus et a trouvé que la proportion nécessaire de sublimé était, pour l'ouate, de 0,0892. Une proportion un peu plus forte est nécessaire quand les matériaux sont préparés à l'acide tartrique.

DE SANTI.

Note on venereal disease in Her Majesty's Army, par David GREIG (*Edinburg med. journ.*, p. 635, janvier 1891).

L'auteur choisit pour faire sa statistique un groupe composé d'un régiment d'infanterie et deux batteries d'artillerie, qu'il peut suivre pendant leur temps de séjour au corps. La durée du service n'a guère dépassé cinq ans pour chaque homme. Sur 1,121 hommes, 471, c'est-à-dire 42 0/0, avaient eu la blennorrhagie. Le plus grand nombre d'admissions à l'hôpital pour un homme pour blennorrhagie a été de 12, et cet homme n'a fait que 6 ans 1/2 de service.

354, c'est-à-dire 31,5 0/0, ont été admis pour un ulcère du pénis.

272, c'est-à-dire 24 0/0, ont présenté un accident primitif syphilitique.

128 seulement sont entrés pour des accidents secondaires.

Le petit nombre de ces hommes est dû à plusieurs causes et surtout à ce que les accidents secondaires dans le plus grand nombre des cas ne forcent pas les malades à cesser leurs travaux. On ne trouve relevé aucun cas de syphilis tertiaire.

F. VERCHÈRE.

Ueber weitere mit der Chromsäure Behandlung der Fusschweisse in der Armee gemachte Erfahrungen (*Deutsche militärärztliche Zeitschrift*, p. 239, 1890).

Nouvelle enquête sur le traitement de la sueur des pieds par l'acide chromique dans l'armée allemande.

Ce traitement a été appliqué à 36,240 individus et a donné les résultats suivants : guérisons 59,4 0/0, améliorations 33,1 0/0, insuccès 7,5 0/0; encore faut-il remarquer que tous les insuccès se trouvent parmi les cas graves de cette maladie et que ces cas graves représentaient environ un quart du total des malades. La solution à 5 0/0 est celle qui doit être définitivement adoptée; on l'applique à l'aide d'un pinceau sur la peau préalablement lavée et essuyée, de préférence le samedi soir. La dessiccation est très rapide et l'homme peut aussitôt remettre ses chaussures. Il fait une à deux semaines d'intervalle entre chaque badigeonnage.

Les accidents que l'on a constatés sont : une sensation de brûlure ou des démangeaisons persistantes qui se calment à l'aide d'une pommade salicylée, quelquefois des ulcérations provenant de l'application du caustique sur des points privés d'épiderme et enfin des poussées de lymphangite et d'adénite : dans un cas on a même observé un eczéma du pied. Quelques rapports signalent encore, comme précédemment, des transpirations compensatrices en d'autres parties du corps, la vision des objets en jaune comme dans l'ictère, etc.

DE SANTI.

Die Desinfektion von Trinkwasser durch Magnesiabrei (Désinfection de l'eau potable par la bouillie magnésienne), par BLIESENER (*Deutsche militärärztliche Zeitschrift*, p. 760, 1890).

Oppermann a préparé un produit qu'il appelle « magnésie gélatineuse ozonisée », dont le mélange à l'eau de boisson, à la dose de une cuillerée à café par 3 litres d'eau, constituerait un procédé à la fois rapide, inoffensif et certain de désinfection de l'eau. Cette question est si importante pour les armées en campagne que Bliesener a voulu se rendre compte de l'efficacité de ce procédé. En conséquence, après avoir fait l'analyse bactériologique du produit et de divers échantillons d'eau, il a cherché si le mélange modifiait la vitalité de ces bactéries; il a trouvé que non: cependant, les bacilles du choléra et de la fièvre typhoïde meurent plus rapidement dans l'eau magnésienne que dans l'eau pure. Bliesener conclut en conséquence que, bien que la bouillie d'Oppermann exerce sur les microbes pathogènes une certaine action, elle ne peut être considérée comme un moyen rapide et surtout pratique de désinfection de l'eau.

DE SANTI.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA PARÉSIE ANALGÉSIQUE A PANARIS DES EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES. — DE LA PARÉSO-ANALGÉSIE DES EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES OU MALADIE DE MORVAN.

Par F. VERCHÈRE.

Consulter les travaux suivants :

I. — 1883-1888.

DE LA PARÉSIE ANALGÉSIQUE A PANARIS DES EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES OU PARÉSO-ANALGÉSIE DES EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES, par Morvan (*Gaz. hebd.*, p. 580, 590, 624, 721; 1883). — PARÉSIE ANESTHÉSIQUE, par Guelliot (*Gaz. hebd.*, p. 662, 1883). — SUR UN CAS DE PANARIS ANALGÉSIQUE DE MORVAN, par A. Broca (*Ann. de dermatologie et syph.*, p. 282, 1885). — NOUVEAUX CAS DE PARÉSO-ANALGÉSIE DES EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES, par Morvan (*Gaz. hebd.*, p. 521, 537 et 555; 1886). — SUR UN NOUVEAU CAS DE PANARIS ANALGÉSIQUE, par Colleville (*Gaz. hebd.*, p. 344; 1887). — UEBER NEUROPATHISCHE GELENKAFFECTIONEN, par Czerny (*Arch. für klin. Chir.*, Band XXXIV, s. 267; 1886). — PARÉSIE ANALGÉSIQUE A PANARIS DES EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES CONSÉCUTIVE A LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par Hanot (*Arch. gén. de méd.*, t. I, p. 603; 1887). — DES ARTHROPATHIES DANS LA PARÉSO-ANALGÉSIE, par Morvan (*Gaz. hebd.*, p. 549; 1887). — DE LA SCOLIOSE DANS LA PARÉSO-ANALGÉSIE, par le même (*Gaz. hebd.*, p. 664; 1887). — NOTE SUR LES SCOLIOSES TROPHIQUES, par Broca (*Gaz. hebd.*, p. 617; 1888). — UN CAS DE PANARIS DE MORVAN, par Prouff (*Gaz. hebd.*, p. 249; 1887). — PANARIS DE MORVAN, par Oger de Spéville (*Arch. génér. de méd.*, 1888, ET Thèse de Paris, 1888). — DE LA PARÉSO-ANALGÉSIE, par Chéron (*Union médicale*, 20 juin 1889).

II. — 1888-1891.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE SYMPTOMATOLOGIQUE DE LA GLIOMATOSE MÉDULLAIRE, par Roth (*Arch. de neurologie*, t. XIV, p. 368; 1887. T. XV, p. 161, ET t. XVI,

p. 23, 195 et 395, 1888; t. XVIII). — UN CAS DE PANARIS ANALGÉSIQUE, par Thiriar (*La Clinique*, n° 30; 1889). — CAS FRUSTES DE PARÉSO-ANALGÉSIE, par Morvan (*Gaz. hebd.*, p. 560 et 575; 1889). — UN CAS DE MALADIE DE MORVAN SUIVI D'AUTOPSIE, par Prouff-Gombault (*Soc. méd. des hôp.*, 26 avril et 8 mai 1889). — ZWEI FALLE VON REWERHEN SYMM. PANARIT... (DEUX CAS DE PANARIS GRAVES, SYMÉTRIQUES, D'ORIGINE TROPHONEURTIQUE, par Hückel (*Munch. med. Woch.*, n° 29, 2 juillet 1889)). — PANARIS DE MORVAN, 2 CAS, par Vallas (*Lyon médical*, 11 mai 1889). — Monod et Reboul (*Arch. gén. de méd.*, t. II, p. 28, juillet 1888). — UN CAS DE MALADIE DE MORVAN, SUIVIE D'AUTOPSIE, par Gombault et Reboul (*Bull. et mém. Soc. des hôp.*, p. 213; 1889, et *Gaz. hebd.*, p. 308 et 318; 1889). — Heckel (*Berlin. klin. Woch. et Riforma med.*, 1889). — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYRINGOMYÉLIE, par Brühl (*Thèse de Paris*, 1889-1890). — DISSOCIATION SYRINGOMYÉLIQUE, par Charcot (*Bull. méd.*, p. 787; juin 1889). — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MALADIE DE MORVAN, par Louazel (*Thèse de Paris*, 1890). — OBSERVATION DE MALADIE DE MORVAN, par Dayot (*Thèse de Louazel*). — MALADIE DE MORVAN, LOCALISÉE A LA MOITIÉ SUPÉRIEURE DROITE DU TRONC ET DU MEMBRE CORRESPONDANT. PRURIT AVEC ECZÉMA DES GRANDES LÈVRES. ERYTHÈME SQUAMMEUX DE LA FACE, PLUS PRONONCÉ A DROITE, par Lancereaux (*Thèse de Louazel*, p. 46). — 1° PANARIS ANALGÉSIQUE AVEC FRACTURE SPONTANÉE; 2° SYRINGOMYÉLIE. MAUX PERFORANTS MULTIPLES, par Chipault (*Bull. Soc. Anat.*, p. 32, 17 janvier 1890). — SYRINGOMYÉLIE ET MALADIE DE MORVAN, par Déjerine (*Soc. de biol.*, 5 juillet 1890. *Médecine moderne*, p. 563, 10 juillet 1890). — SUR LA MALADIE DE MORVAN, par Charcot (*Progr. méd.*, p. 201 et 225, 15-22 mars 1890). — UN CAS DE MALADIE DE MORVAN AVEC AUTOPSIE, par Joffroy et Achard (*Arch. de méd. exp.*, p. 540; 1890. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, p. 640, 11 juillet 1890). — DEUX CAS DE MALADIE DE MORVAN, par Guinon et Dutil (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, p. 1; 1890). — DIAGNOSTIC DE LA SYRINGOMYÉLIE, par Arnaud (*Ass. av. des sc. Limoges*, t. II, p. 776; 1890). — HÉMATOMYÉLIE ET SYRINGOMYÉLIE, par Minor (*Congrès de Berlin*, août 1890). — SUR L'EXISTENCE D'UN RÉTRÉCISSEMENT DU CHAMP VISUEL DANS LA SYRINGOMYÉLIE, par Dejerine et Tuilant (*Société de biologie*, 12 juillet 1890). — MALADIE DE MORVAN ET SYRINGOMYÉLIE, par Achard (*Gaz. hebd.*, n° 43, p. 504, 25 octobre 1890). — PANARIS SYRINGOMYÉLIQUES, par Léon Le Fort (*Mercredi médical*, 30 décembre 1890). — ALTÉRATIONS CUTANÉES DE LA SYRINGOMYÉLIE, par Thibierge (*Ann. Dermat. et Syph.*, 1890). — SYRINGOMYÉLIE ET MALADIE DE MORVAN, par Joffroy (*Soc. méd. des hôp.*, 27 février et 5 mars 1891). — SYRINGOMYÉLIE NON GLIOMATEUSE ASSOCIÉE A LA MALADIE DE BASEDOW, par Joffroy et Achard (*Arch. méd. expériment.*, p. 91, janvier 1891). — SUR UN CAS DE SYRINGOMYÉLIE OBSERVÉ EN 1875 ET 1890, par Charcot et Brissaud (*Progrès médical*, n° 4, p. 73; 1891). — SUR L'EXISTENCE D'UNE DISSOCIATION DE LA SENSIBILITÉ THERMIQUE (FROID ET CHAUD) DANS LA SYRINGOMYÉLIE, par Dejerine et Tuilant (*Médecine moderne*, n° 6, p. 91; 1891). — SUR UN CAS DE SYRINGOMYÉLIE AVEC PANARIS ANALGÉSQUES (TYPE MORVAN), par Charcot (*Gaz. hebd.*, n° 15, p. 172, 1891). — UEBER DIE SOGENNANTE MORVANS'CHE KRANKHEIT, par Bernhardt (*Deutsche med. Woch.*, n. 8, 1891). — UN CAS DE SYRINGOMYÉLIE, par le même (*Soc. médecine interne*, Berlin, 19 janvier 1891). — LA MALADIE DE MORVAN, par Jumon (*France médicale*, n. 21, p. 322, 12 mai 1891). — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CHAMP VISUEL DANS LA SYRINGOMYÉLIE ET LA MALADIE DE MORVAN, par J. Brianceau (*Thèse de Paris*, 1891, n° 195). — MORVAN'S DISEASE, par Church (*Journ. americ. Med. assoc.*, 7 mars 1891). — DEUX CAS DE MALADIE DE MORVAN,

par Machiafara et Bignami (*Acad. med. Roma*, 7 déc. 1890). — LA SYRINGOMYÉLIE, par Hoffmann (*Samml. klin. Vortraege*, n° 20). — RÉTRÉCISSEMENT DU CHAMP VISUEL DANS LA PARÉSO-ANALGÉSIE, par Morvan (*Gaz. hebdomadaire*, Paris, 27 juin 1891).

III. — 1891...

UN CAS DE LÈPRE SYSTÉMATISÉE NERVEUSE AVEC TROUBLES SENSITIFS SE RAPPROCHANT DE CEUX DE LA SYRINGOMYÉLIE, par G. Thibierge (*Soc. méd. des hop.*, 3^e série, 8^e année, n° 9, 13 mars 1891). — DU DIAGNOSTIC DE LA SYRINGOMYÉLIE ET DE LA LÈPRE, par Rendu et Babinski (*Bull. Soc. méd. des hop.*, p. 95; 1891). — LÈPRE ANESTHÉSIQUE ET SYRINGOMYÉLIE, par Zambaco Pacha (*Gaz. hebdomadaire*, p. 196; 1891). — LÈPRE ANESTHÉSIQUE ET SYRINGOMYÉLIE. RÉPONSE AU D^r ZAMBACO, par G. Thibierge (*Gaz. hebdomadaire*, p. 199; 1891).

Pour écrire l'histoire du panaris de Morvan, et rapporter les phases par lesquelles ont passé les opinions ayant trait à ces lésions encore tout récemment décrites, puisque c'est en 1883 seulement que M. Morvan (de Lannilis) attira l'attention sur elles, il suffit de prendre chronologiquement les différents mémoires qui en ont traité. On y trouve trois périodes très nettement définies, très nettement séparées, auxquelles il est possible, pour ainsi dire, d'assigner une date précise, celle du mémoire qui change du jour au lendemain le cours des opinions. On pourrait dire qu'à heure fixe la maladie de Morvan a vu son sort se décider, et, disons-le, se décider d'une façon définitive et irrémédiable. Tel a été l'effet d'un examen histologique, d'une autopsie bien faite sur le sort d'une affection jusque-là connue seulement au point de vue clinique et qui, dès ce moment, et par le fait même de la connaissance anatomopathologique de son origine, a dû disparaître en tant qu'entité morbide pour rentrer dans le cadre d'une affection en voie de progrès. L'une s'efface en tant qu'individualité pour venir grossir modestement le cortège de symptômes qu'attache à sa personnalité une nouvelle venue dans la clinique nerveuse, destinée à surpasser, par le nombre et la variété de ses manifestations, les autres grandes maladies dont les signes et les lésions étaient plus anciennement connus dans la neuropathologie. A ces deux phases de son existence, la maladie de Morvan doit aussi d'avoir changé de domaine; primitivement lésion locale, limitée à une région périphérique, manifestation extérieure, elle était du domaine de la chirurgie; les chirurgiens l'étudiaient, l'examinaient (et c'est ce qui fait qu'à cette époque je me suis chargé d'écrire la revue actuelle), la connaissaient presque seuls. Elle était chirurgicale; ce fut la grande époque de son existence. Mais depuis, combien changée! elle n'est plus que la manifestation éloignée d'une lésion centrale, c'est par l'autopsie des sujets qui en sont porteurs qu'elle devient instructive. Les panaris que les chirurgiens regardaient avec tant de complaisance, ne sont plus que des symptômes parmi beaucoup d'autres, beaucoup plus nombreux, beaucoup plus suggestifs. La maladie de Morvan, du jour où elle est devenue médicale, n'a plus existé, elle n'a plus été qu'une curiosité, qu'un type d'une affection beaucoup plus compréhensive.

Et peut-être n'est-ce pas le dernier avatar de cette infortunée. Tout dernièrement, un auteur des plus distingués et des plus savants en la matière, a tenté (et ses arguments semblent faire croire qu'il y réussira, on ne sait ce que l'avenir réserve à une affection déjà si ballottée), de la retirer du domaine médical, pour la faire rentrer dans le domaine de la dermatologie. Après avoir été chirurgicale, de cause périphérique, avoir été décrite merveilleusement et traitée comme telle; après avoir été médicale, de cause centrale, avoir été étudiée histologiquement et effacée comme entité morbide, elle serait reprise de nouveau pour être accaparée par la dermatologie, rangée dans la classe des affections parasitaires comme un symptôme d'une affection plus ou moins contagieuse et exotique.

On comprendra que devant de telles fluctuations nous, chirurgien, nous ne nous permettions pas de donner notre avis et que, nous contentant de faire une revue, nous établissions simplement, d'après les documents que nous avons recueillis, les arguments qui ont été mis en avant par les auteurs qui ont tour à tour déterminé les phases diverses par lesquelles sont passées les opinions au sujet de la maladie de Morvan. Ces phases, nous venons de les caractériser; nous leur donnerons les titres résumant l'époque et les opinions ayant cours sur l'affection qui continuera à porter le nom de Morvan (de Lannilis).

Ces trois phases peuvent se classer ainsi :

I. Période clinique chirurgicale. — Entité morbide de cause périphérique. — Description des symptômes qui caractérisent cette entité morbide. — 1883-1888.

II. Période anatomo-pathologique. — Médicale. — Rattachement à la syringomyélie. — Description de la syringomyélie (Type Morvan). — 1888-1891.

III. Période dermatologique. — Lèpre anesthésique et syringomyélie, 1891.

PREMIÈRE PÉRIODE. — *Période clinique. — Chirurgicale. — Entité morbide de cause périphérique. — Description des symptômes qui caractérisent cette entité morbide. — 1883-1888.*

Cette première période commence avec la première description qui a été donnée de l'affection qui jusque-là avait passé inaperçue. C'est en 1883 seulement que le Dr Morvan (de Lannilis) publiait dans la *Gazette hebdomadaire* les premières observations, au nombre de sept, d'une maladie qu'il dénommait : parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures ou paréso-analgésie des extrémités supérieures. Ces observations sont des modèles de précision et de sagacité. Il faut le dire immédiatement, malgré tous les travaux qui ont été écrits depuis cette première description, jamais on n'eut à changer un mot de ce qu'a dit, dès le principe, M. le Dr Morvan. On a pu ajouter quelques menus détails qui avaient dû nécessairement manquer, étant donné le petit nombre des malades observés, on a pu, par la suite, donner une pathogénie non prévue à cette époque, mais il n'a été donné à aucun auteur d'avoir à retoucher à ces descriptions de M. Morvan, qui sont restées la photographie exacte

des symptômes présentés par les malades atteints de paréso-analgésie. Ces symptômes peuvent se résumer, et nous allons le faire en quelques mots. M. Morvan caractérise l'affection à laquelle très justement on laissera son nom attaché, qu'on veuille n'en faire qu'un symptôme ou qu'on veuille lui conserver sa personnalité, par la triade symptomatique dont le titre fait mention : *Analgésie, parésie et panaris*.

Dès cette époque, la symptomatologie était fixée. Voyons quels sont les caractères, modifiés suivant les malades, que présente chacun de ses symptômes. L'analgésie serait constante pour tous les modes de la sensibilité; mais elle est plus ou moins étendue, suivant très souvent l'époque de l'affection à laquelle se trouve le malade. S'il n'y a eu qu'un seul panaris, le premier en date, le plus souvent l'analgésie ne s'étend pas très loin; mais si depuis de longues années déjà le patient a été atteint de panaris antérieurs, si la peau est épaissie, crevassée, l'analgésie est complète et peut s'étendre à tout un membre supérieur ou même aux deux membres supérieurs; enfin, dans quelques cas plus rares, l'analgésie peut atteindre les membres inférieurs, la face, le tronc. Disons cependant que même dans ces cas elle n'est pas totale, il reste presque toujours des surfaces plus ou moins étendues où ce mode de sensibilité est conservé. Il ne faudrait pas croire, et M. Morvan insiste sur ce fait, que ces surfaces sensibles soient disséminées, il n'en est nullement ainsi; ce sont des segments de membres tout entiers qui sont atteints, et l'analgésie progresse régulièrement. Plus considérable à la main, à l'avant-bras, au bras du côté primitivement atteint, elle est moins marquée du côté opposé, c'est-à-dire qu'elle s'étend à une surface moins considérable, limitée par exemple à la main, à l'avant-bras.

A cette analgésie s'ajoutent souvent d'autres troubles de la sensibilité. Il n'y a pas dissociation complète et les faits sont fréquents mais non constants, où à l'analgésie se joint l'anesthésie au contact ou à la température. Ces faits ont une grande importance, et nous verrons tout le parti qu'ont su en tirer les auteurs de la deuxième période de l'histoire de la paréso-analgésie. Souvent aussi s'ajoutent des crises névralgiques dans le membre atteint, « crises qui disparaissent pour se montrer à nouveau à des intervalles plus ou moins éloignés et qui, une fois la maladie bien établie, cessent définitivement. »

M. Morvan écrit dès 1883 : « Il existe constamment de la paralysie aux muscles de l'avant-bras et de la main; à côté d'elle se place l'atrophie; toutes deux sont inégalement réparties; elles peuvent atteindre le membre entier, mais généralement elles ne remontent pas plus haut que le coude. » Cette constance de la parésie n'a pas été vérifiée par les observations qui ont suivi celles de M. Morvan. Elle était absente dans les observations de Guelliot, de Broca, et M. Morvan lui-même, dans trois nouvelles observations (1886), ne l'a pas retrouvée.

Cette paralysie n'est pas seulement spontanée, elle est encore constatable par l'électricité. Les muscles, dit M. Morvan, réagissent plus difficilement à l'excitation faradique, fait qui n'est pas constant, puisque, dans l'observation d'Hanot et Oger de Spéville, la contractilité faradique était conservée.

Les réflexes sont signalés comme très variables. C'est ainsi qu'on les a trouvés abolis dans certaines observations, olécraniens ou patel-

lares; normaux dans d'autres; enfin, quelquefois, très notablement exagérés.

Les panaris sont les révélateurs de la maladie de Morvan. Ils ont en quelque sorte, par leurs caractères spéciaux, attiré l'attention et déterminé M. Morvan à décrire cette affection. Parfois le panaris est la première lésion en date, parfois aussi le membre sur lequel il va apparaître a été le siège de douleurs névralgiques, de sensation de lourdeur, de poids, il a été lésé par une brûlure sans que le malade s'en soit aperçu, ce qui démontre que l'analgésie a pu précéder d'un temps parfois assez long le panaris; dans d'autres cas, au contraire, rien ne pouvait faire prévoir son apparition. Ce premier panaris a tous les aspects du panaris lymphangitique vulgaire, mais il n'en présente pas les douleurs, et lorsqu'on se détermine à l'incision, « quelle n'est pas la surprise de voir le calme du malade!... Pas une plainte... il serait de bois qu'il n'en serait pas autrement. » Quelle que soit la dimension et la profondeur de l'incision, le malade ne ressent aucune douleur. La guérison se fait généralement, mais après la chute d'une phalange, dans la plupart des cas. L'os est en effet presque toujours nécrosé; la nécrose s'est faite lentement, sans douleur, sans rien qui puisse révéler sa présence. Cette première atteinte n'est pas plus tôt cicatrisée qu'une autre survient, suivie elle-même de plusieurs autres. Les doigts sont frappés successivement, et les intervalles qui séparent ces différentes atteintes sont plus ou moins éloignés. Les malades voient ainsi progressivement leurs mains se déformer, leurs doigts tomber pour ainsi dire les uns après les autres, et le malheureux malade, s'il n'a des moyens d'existence, « incapable de tout labeur régulier, se voit réduit, pour ne pas mourir de faim, à exercer quelque métier interlope et à implorer tôt ou tard la protection de l'Assistance publique. » (Charcot.)

Ces mutilations ne se localisent pas aux membres supérieurs; souvent ils gagnent les membres inférieurs et produisent des déformations analogues des orteils. On retrouve là tous les caractères des maux perforants. La vie peut se prolonger ainsi de longues années, et les patients restent infirmes toujours sous la menace de nouvelles atteintes.

Tels sont en quelques lignes et à grands traits, les symptômes caractéristiques de l'affection décrite par Morvan et que nous avons en grande partie empruntés au travail très ample de M. Oger de Spéville, travail qui marque en quelque sorte l'apogée de la maladie de Morvan.

Mais il nous faut ajouter ici les divers symptômes qui ont été relevés dans les observations qui ont suivi celles de Morvan.

C'est ainsi qu'on a signalé des troubles sensoriels tels que : obscurcissement de la vue, affaiblissement de l'ouïe, abolition de l'odorat et du goût, en même temps que des troubles de sensibilité du côté de la face et de la tête.

Des arthropathies, des arthrites sèches peuvent se développer. Prouff le premier, dans son observation, insiste sur la présence de l'arthrite sèche. Morvan se met de nouveau en campagne pour retrouver ses malades et les examiner à ce point de vue, et constate, à son tour, la fréquence très notable de ces lésions. Il a de plus, dans le même ordre d'idées, observé un cas de fracture double du tiers inférieur de l'avant-bras, produite pendant un effort assez peu considérable.

Enfin, il nous faut ici même signaler la coïncidence fréquente de la scoliose et de la paréso-analgésie; c'est à Auguste Broca que l'on doit la première remarque à cet égard, confirmée par les recherches de Morvan lui-même. Six malades sur douze étaient des scoliotiques. Quelle était la signification de cette scoliose? Fallait-il la regarder comme ayant précédé l'apparition des troubles périphériques et comme leur cause, ou fallait-il au contraire la rattacher à la maladie de Morvan pré-existante? A cette discussion se rattachent les mémoires de Morvan, de Prouff, de Broca, et le chapitre que lui consacre Oger de Spéville dans sa thèse. Morvan émet deux hypothèses que nous relevons dans la thèse de M. de Spéville : 1° A. Broca a eu tort, ainsi que Prouff, de considérer que la scoliose précède la paréso-analgésie; 2° les autres maladies du système nerveux central ne s'accompagnent pas de scoliose, et ce serait dès lors un fait clinique important. « Sur le premier point, dit A. Oger de Spéville, le désaccord ne sera pas grand, et nous déclarerons immédiatement qu'il n'y a probablement aucune parité à établir entre l'observation de M. Morvan et celle de M. Broca ou de M. Prouff. Dans les deux derniers cas, en effet, on se trouve certainement en présence de scoliozes de l'adolescence, avec leur début vers l'âge de treize ou quatorze ans, avec leur convexité dorsale supérieure droite. Il ne semble point possible d'admettre qu'ici la syringomyélie ait précédé l'incurvation spinale. Bien au contraire, dans les faits de M. Morvan, la pathogénie indiquée par cet auteur est certainement la plus probable. » Quant à la seconde opinion de Morvan tendant à faire de la scoliose secondaire un privilège de la paréso-analgésie à l'exclusion de toutes les maladies nerveuses, on ne saurait l'admettre, et Pitres (de Bordeaux), Kœnig (de Berlin), ont démontré des lésions vertébrales dans l'ataxie locomotrice, Pierre Marie en a retrouvé de très caractéristiques dans l'affection qu'il a révélée sous le nom d'acromégalie.

Cette déformation rachidienne a joué un grand rôle dans l'existence de la maladie de Morvan, c'est pour cela que nous y avons insisté.

Pour terminer la description symptomatique de la maladie de Morvan, ajoutons qu'aux crevasses, aux gercures des téguments au niveau des extrémités et dont nous avons parlé, il faut joindre des ulcérations qui peuvent se creuser, atteindre les gaines qui suppurent, tous accidents qui ont été, avec juste raison, comparés à un véritable mal perforant palmaire (Jumon). La peau de la main est le siège de phlyctènes, les ongles tombent, les doigts plus ou moins incomplets, mutilés, déformés, donnent au membre un aspect misérable, parfois d'une couleur violacée, livide, présentant fréquemment un notable abaissement de la température.

La marche de l'affection est irrégulière et présente une très longue durée, 10, 15, 20 ans; dans le cas de Prouff, 20 ans se sont écoulés entre l'apparition de deux panaris consécutifs.

A cette période, la pathogénie de l'affection si étrange que venait de décrire M. Morvan tourmentait les esprits. L'étiologie banale ne donnait que peu de renseignements.

Plus fréquente chez les malades ayant dépassé la quarantaine, elle peut survenir à tout âge, entre 12 et 60 ans. Il y a prédisposition chez

le sexe masculin, 23 sur 30 (Oger de Spéville). Cela doit tenir très certainement à ce que le point de départ même des premières lésions peut être rattaché à une cause périphérique, à un traumatisme, gelure (Morvan, Czerny), sans oublier que très souvent aussi on le trouve dans une maladie infectieuse antérieure, variole, rougeole, fièvres intermitentes, fièvre typhoïde. Enfin on a noté une véritable intoxication locale chez un teinturier dont les mains et les avant-bras plongeaient constamment dans des liquides irritants (Colleville).

On conçoit que ces causes éclairaient peu la pathogénie même de la maladie de Morvan; aussi en était-on réduit à des hypothèses établies sur la seule autopsie que l'on possédât, celle de MM. Gombault et Reboul, concernant le sujet de l'observation publiée par M. Prouff. Ayant trouvé des altérations très profondes des nerfs collatéraux dont les tubes ne présentaient plus trace de myéline, avec un épaississement très notable de la gaine lamelleuse des faisceaux nerveux ainsi que des travées intra-fasciculaires, c'est-à-dire toutes les lésions à un haut degré de la névrite à la fois parenchymateuse et interstitielle, ils conclurent à l'origine périphérique de la maladie de Morvan. On se trouvait, croyait-ils, en présence de troubles trophiques liés à une névrite périphérique. Sous quelle influence serait-elle survenue? Remarquant la très grande fréquence relative de cette affection dans les régions où exerçaient MM. Prouff et Morvan, la localisation, pour ainsi dire, on rechercha dans le champ des hypothèses quelque raison à cette localisation et on pensa à une intoxication à localisation périphérique. Cette opinion a été de nouveau soutenue en 1890 par MM. Dejerine et Tiliant à la Société de biologie. Cette affection, disent-ils, est incontestablement régionale, puisque M. Morvan en a observé 20 cas dans les deux cantons où il exerce... jusqu'à nouvel ordre on doit considérer le panaris analgésique comme dû à une névrite périphérique, de cause toxique ou infectieuse encore indéterminée. MM. Gombault et Reboul s'étaient déjà demandé si elle n'était pas le résultat d'une névrite engendrée par quelque contagion dû aux poissons, et dans cet ordre d'idées « ils rapprochaient la maladie de Morvan de la lèpre. »

Mais cette hypothèse des névrites périphériques, après avoir jeté un vif éclat, fut bientôt battue en brèche. Les lésions des nerfs périphériques, dit Thibierge dans son remarquable travail sur les altérations cutanées de la syringomyélie, semblent perdre actuellement de leur importance : la multiplicité des circonstances dans lesquelles on les a décrites fait naître des doutes sur la valeur de leur rôle pathogénique dans bien des cas. La communication de Gombault à la Société anatomique (25 juillet 1890), celle de Brissaud à la Société de biologie (25 juillet) et une importante revue critique de Babinski (*Gaz. hebdomadaire*, 1890, p. 374 et 383) montrent quelles réserves il faut apporter dans l'interprétation des lésions des nerfs périphériques. Cette déchéance devait entraîner celle de la pathogénie hypothétique proposée pour expliquer les lésions de la maladie de Morvan.

Seuls les faits devaient cependant définitivement entraîner les convictions et faire abandonner toutes les idées admises jusqu'alors. La révolution fut rapidement accueillie, et c'est en 1887 qu'elle se fit. Dès

ce moment commence la seconde phase de l'existence de la paréso-analgie.

2^e PÉRIODE. — *Période anatomo-pathologique. — Médicale. — Rattachement à la syringomyélie. — Description de la syringomyélie (type Morvan) 1888-1891.*

Les premiers coups portés à l'autonomie de la maladie de Morvan furent amenés par les examens anatomo-pathologiques. Nous avons vu, il y a un instant, les résultats obtenus par MM. Monod et Reboul, la constatation d'altérations profondes dans les nerfs collatéraux des doigts amputés, et, par suite, les hypothèses émises pour rattacher, à cette névrite, les troubles de la maladie de Morvan. Puis bientôt ces mêmes lésions, retrouvées par Gombault et Reboul, à l'autopsie d'un malade de Prouff, furent trouvées accompagnées de lésions graves du centre médullaire. Malheureusement, l'autopsie du rachis fut rendue très difficile par la présence d'une scoliose très accentuée, et la moelle avait été, avec beaucoup de peine, extraite. Les lésions portaient à la fois sur les nerfs périphériques et sur la moelle. Elles étaient presque exclusivement cantonnées dans le renflement cervical de la moelle et dans les nerfs des membres supérieurs. Dans la moelle, il y a développement anormal du tissu conjonctif dans le cordon postérieur et les cornes postérieures, avec épaissement des parois vasculaires; la lésion prédominante au renflement cervical se retrouve à la région lombaire; « la lésion médullaire était, en somme, beaucoup moins accusée que la lésion nerveuse. » Mais Gombault et Reboul ne pensent pas que les pertes de substance observées sur leurs coupes puissent se rapporter à des cavités de syringomyélie : « mais on ne peut s'empêcher de remarquer que la forme des lacunes offre une grande ressemblance avec celle qu'affectent souvent ces cavités et, d'autre part, on peut encore se demander si la paroi des cavités syringomyéliques ne pourrait, sur une moelle contusionnée, se détacher et tomber en entraînant avec elle le tissu nerveux ambiant, ayant subi lui-même une attrition accidentelle. » (Louazel.)

Dès ce moment cependant, le rattachement de la maladie de Morvan à la syringomyélie devient de plus en plus discuté : et après les travaux de Roth (de Moscou), de Charcot, l'étude anatomo-pathologique de Joffroy et Achard vient faire définitivement adopter par la majorité des auteurs tout au moins, l'identité de la syringomyélie et de la maladie de Morvan. C'en est fait de cette dernière, elle est englobée dans le syndrome clinique de la syringomyélie et reléguée au rang de simple variété, de type Morvan d'une affection plus compréhensive : la syringomyélie.

C'est le 31 janvier 1890 que Joffroy fit l'autopsie d'une malade de la Salpêtrière, atteinte de panaris de Morvan, et chez laquelle furent trouvées les lésions caractéristiques permettant enfin d'avoir une opinion sur l'anatomo-pathologie et la pathogénie de cette affection singulière. L'examen de la moelle a pu avoir lieu dans de bonnes conditions, car il

n'existait pas de scoliose, et l'extraction de la moelle a pu se faire cette fois sans difficultés.

On a prouvé l'existence d'une syringomyélie parfaitement nette ; une cavité remontant jusque dans la partie inférieure du bulbe et descendant jusqu'au milieu de la région dorsale. Cette cavité détruisait une grande partie de la substance grise, et les cordons postérieurs étaient eux-mêmes détruits dans une grande étendue. On trouvait, de plus, une gliomatose de la partie dorsale avec névrite périphérique du médian et du radial.

« Ainsi se trouve établi d'une façon péremptoire ce fait intéressant et jusqu'alors en litige, que la syringomyélie peut revêtir l'apparence clinique de la maladie de Morvan. » (Louazel.)

En passant rapidement sur les faits nouveaux qui se sont produits, signalons que tout dernièrement encore Joffroy a produit une observation utile avec autopsie à l'appui, par laquelle il confirme ses premières recherches et soutient que la maladie de Morvan n'est qu'une des formes cliniques de la syringomyélie.

La démonstration serait donc faite au point de vue anatomo-pathologique. Mais les créateurs de la paréso-analgésie, les défenseurs de son autonomie n'admirent pas sans discussion cette disparition et soulevèrent une discussion fort intéressante dans laquelle on mit en avant de part et d'autre des arguments cliniques sur lesquels nous devons insister.

Roth (de Moscou), au point de vue clinique, avait déjà émis la conviction absolue chez lui de l'identité de la syringomyélie et de la maladie de Morvan ; ce n'est guère qu'après l'autopsie de Joffroy et Achard que la discussion fut réellement ouverte.

Quels arguments cliniques présentait-on pour ou contre l'autonomie de la paréso-analgésie ? Nous ne pouvons, on le conçoit, comme il serait utile, donner une description de la syringomyélie et la rapprocher ainsi de la maladie de Morvan. (Nous renverrons sur ce point à la thèse très complète de Bruhl, et nous nous contenterons d'en reproduire le résumé qu'en a donné le professeur Charcot (*Gaz. hebdomadaire*, 1891, p. 193) :

Il sera possible d'y retrouver les principaux symptômes sur lesquels nous nous sommes attachés à attirer l'attention dans la première partie de ce travail.

1° Symptômes parétiques amyotrophiques. Il s'agit d'atrophie musculaire analogue à celle du type Duchenne-Aran, avec secousses fibrillaires, sans exagération des réflexes, d'une évolution symétrique et lente ;

2° Troubles de la sensibilité. C'est parmi ceux-ci que se range le signe capital que j'ai proposé d'appeler la dissociation syringomyélique. Il n'est pas spécifique, car on le peut retrouver par exemple dans l'hystérie et dans la lèpre ; mais, combiné à l'atrophie musculaire généralisée progressive dans de certaines conditions, il forme un ensemble caractéristique, surtout s'il s'y joint des troubles trophiques. Les troubles de la sensibilité sont distribués par segments et ils ne portent ni sur le sens musculaire ni sur les appareils sensoriels. La syringomyélie, à l'instar de la sclérose en plaques et d'autres lésions centrales organiques du système nerveux peut, il importe de le remarquer, se compliquer d'hystérie ; la névrose ajoute alors ses symptômes propres à ceux de la ma-

lady organique, et c'est probablement ainsi qu'il faut interpréter la présence assez fréquemment constatée de rétrécissements concentriques du champ visuel dans la syringomyélie ;

3° Troubles trophiques. On sait qu'on range sous cette dénomination les lésions cutanées, sous-cutanées, ligamenteuses, osseuses en tant qu'elles relèvent d'une altération dynamique ou organique des centres nerveux ou des nerfs périphériques. Ressortissent à cette catégorie les éruptions bulleuses, la bouffissure et l'œdème blanc ou bleu des extrémités (Roth et Remak), le faux phlegmon, l'altération connue sous le nom de Glossy-Skin, les escharres, et le panaris analgésique (semblable à celui décrit par Morvan) pour ce qui concerne la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Les fractures spontanées, les arthropathies (semblables à celles des tabétiques), la scoliose, enfin une déformation spéciale des mains rappelant, par quelques apparences, l'acromégalie de Marie, et qu'on pourrait appeler chiromégalie ; tels sont les troubles trophiques osseux et ligamenteux qu'on rencontre le plus communément dans les syringomyélies.

M. Morvan qui, naturellement, a le plus vivement combattu l'assimilation avec la syringomyélie, reprend les 3 symptômes types de l'affection qu'il a décrite, et cherche à montrer qu'ils ne se montrent pas tels dans la syringomyélie que dans la paréso-analgésie.

Les panaris, qui sont pour lui le caractère essentiel constant dans la maladie de Morvan, n'existent pas, dit-il, dans la majorité des faits de syringomyélie. Cela est évident, répondent les adversaires de l'autonomie ; mais cette irrégularité dans la syringomyélie est une des caractéristiques de l'affection, et si le panaris de Morvan ne s'y rencontre pas constamment, il ne s'en suit pas qu'il faille éliminer la syringomyélie, par le fait même qu'il s'y rencontre ; de ce qu'un symptôme manque dans un ensemble nosologique, il ne s'en suit pas qu'il faille complètement refaire cet ensemble et créer une affection nouvelle pour chaque combinaison symptomatique possible. D'autant plus, dans le cas particulier, que si les panaris ne sont pas constants dans la syringomyélie, on ne peut non plus les considérer comme exceptionnels. On les a souvent rencontrés dans la syringomyélie (4 observations dans la thèse de Bruhl, Schultze, Mader, Czerny, Roth (1 cas sur 2), Joffroy et Achard, Charcot) ; dans certains cas même, ils ont marqué le début des accidents. Le caractère non symétrique des affections à l'origine dans le syndrome de Morvan n'est pas lui non plus significatif, car il y a des syringomyélies unilatérales et monoplégiques. A côté des panaris, il nous suffit de rappeler la présence dans les observations de Morvan et dans les faits de syringomyélie, des divers troubles trophiques, cutanés ou osseux, tendineux ou articulaires, pour montrer combien voisines, sinon confondues sont, à ce point de vue, la syringomyélie et la paréso-analgésie.

Les troubles sensitifs ont suscité des discussions plus longues et ont déterminé certains auteurs à rester « des non convaincus, des récalcitrants, des incrédules » (Charcot). Dans la maladie de Morvan, le plus souvent des douleurs névralgiques précèdent l'analgésie. Puis vient la parésie avec atrophie musculaire ; enfin l'analgésie. Elle envahit généralement la main, l'avant-bras et une partie du bras. C'est en même temps

une analgésie et une anesthésie portant sur le tact, la douleur et la température.

M. Morvan le dit expressément dans son 5^e mémoire consacré à la défense de l'autonomie du syndrome qu'il a découvert et que l'on avait tenté d'assimiler à la syringomyélie. Il n'est jamais permis, assure-t-il, de constater dans le panaris de Morvan cette dissociation spéciale de la sensibilité que l'on rencontre dans la syringomyélie et qui est caractéristique de cette dernière affection.

M. Charcot a bien montré ce qu'était cette dissociation syringomyélique, qui consiste dans la conservation de la sensibilité au tact avec abolition de la sensibilité à la douleur et à la température.

« Certains auteurs ont même considéré cette anesthésie dissociée comme l'attribut constant et exclusif de la syringomyélie. »

« Or, par des recherches minutieuses, M. Morvan s'est attaché à démontrer que ses malades présentaient toujours une certaine altération de la sensibilité au simple contact et que, par suite, ils n'offraient pas la dissociation qu'on a donnée comme caractéristique de la syringomyélie. »

Cet argument serait valable si la dissociation était caractéristique ; mais M. Charcot l'a retrouvée dans l'hystérie et dans la lèpre. Minor (de Moscou) l'a rencontrée dans plusieurs cas d'hématomyélie traumatique. Enfin, d'autre part, elle peut manquer dans certains cas avérés de syringomyélie. Il existe quelques observations de syringomyélie dans lesquels la sensibilité thermique était seule altérée, les sensibilités tactiles et douloureuses étant conservées (Dejerine et Tuitant).

« Théoriquement, d'ailleurs, on conçoit fort bien que la sensibilité tactile puisse être elle-même abolie, lorsque la lésion syringomyélique atteint la totalité des parties sensitives de la moelle au point correspondant, ou lorsque surviennent les altérations profondes des nerfs périphériques. »

Ainsi donc, absence de spécificité, inconstance de la dissociation syringomyélique, telles sont les raisons qui mettent à néant les arguments des autonomistes.

Mais il est un dernier point qui vient ruiner tout leur édifice : c'est la présence dans les observations de panaris de Morvan, de troubles de la sensibilité caractéristiques des formes habituelles de syringomyélie.

Dans certains cas de cette dernière affection, c'est seulement une disproportion que l'on observe, entre le degré de l'anesthésie tactile et celui des anesthésies à la douleur et à la température. — Ce fait est, dans plusieurs observations, signalé comme existant dans la parésio-analgésie. (Obs. I, X, XIX de Morvan ; obs. de Broca, de Dayot, de Charcot.) Elle existe enfin dans plusieurs cas, dont l'un avec autopsie, diagnostiqué syringomyélie par Roth et par Czerny, et qu'Ogier de Spéville a rattaché à cette affection (tant il était difficile de trouver un motif plausible de les en distraire) (Achard).

Les amyotrophies, la parésie musculaire, l'absence de troubles sphinctériens et la scoliose, la marche lente et insidieusement progressive des divers symptômes se rencontrent dans les deux cas.

« En somme, pour peu qu'on poursuive dans le détail l'analyse des observations, on voit combien s'effacent les limites trop artificiellement tracées entre ces deux types cliniques, et comme il est facile de passer de

l'un à l'autre par des transitions pour ainsi dire insensibles. Chacun des signes donnés comme distinctifs n'a qu'une valeur relative; toute la différence se réduit à une question de fréquence: ce qui veut bien dire qu'il y a lieu de conserver en clinique un type de Morvan; mais ce qui ne signifie nullement qu'une lésion syringomyélique soit incapable de produire ce complexus symptomatique. » (Achard.)

Bernhardt va plus loin encore et admet, d'après l'ensemble des observations, à peu près sans restriction, les points suivants :

1° Au point de vue clinique, il n'y a pas de différence essentielle entre la maladie de Morvan et le syndrome décrit par divers auteurs sous le nom de syringomyélie, gliomatose médullaire, paralysie partielle de la sensibilité;

2° Lorsqu'on a pu constater des lésions à l'autopsie, on a trouvé des lésions médullaires dans la maladie de Morvan, aussi bien que dans la syringomyélie;

3° Les lésions ne sont pas habituellement univoques au point de vue anatomo-pathologique. Elles tirent leur importance de leur siège et de leur marche souvent très chronique;

4° On a trouvé dans les affections une lésion des nerfs périphériques qui, dans notre maladie, est tout à fait comparable aux lésions périphériques des nerfs dans le tabès dorsal.

Pour terminer ce qui a trait à cette seconde phase de l'existence de la paréso-analgésie, il nous suffit de citer comme conclusion l'opinion du professeur Charcot, expression de la vérité actuellement admise :

« Il est devenu clair, dit le savant maître, que, de par la clinique comme de par l'anatomie pathologique, syringomyélie et maladie de Morvan ne font qu'un. Toutefois, en raison de leurs caractères spéciaux, certaines formes de la syringomyélie doivent être vraisemblablement signalées à part et, parmi elles, il en est une qui, entre autres, méritera d'occuper le premier plan.

« Il ne sera que juste de les désigner du nom de l'observateur pénétrant et habile, qui a su la faire sortir du chaos et lui donner la vie clinique.

« Je vous proposerai, en conséquence, d'appliquer à cette forme la dénomination de : syringomyélie, type Morvan. »

La question était donc jugée par la plupart des auteurs, lorsque, dans ces derniers jours, le Dr Morvan lui-même vint de nouveau défendre l'autonomie de l'affection qui porte son nom. Ayant pris connaissance du travail de Dejerine et Tüilant, il examine au point de vue du rétrécissement du champ visuel les malades qu'il a pu retrouver et qu'il considère comme des types de l'affection qu'il défend. Or, il semble constater une différence notable entre la fréquence de ce rétrécissement dans la syringomyélie constatée par Dejerine et Tüilant et ce qu'il a trouvé chez ses malades. Sur 8 malades, 3 n'ont pas de rétrécissement; chez 3 un seul côté est lésé et l'anesthésie remonte jusqu'à la tête.

Outre ces différences sur lesquelles insiste M. Morvan, il relève la présence constante du panaris dans ses cas, les crevasses qui n'existent pas chez beaucoup de syringomyéliques et qui se rencontrent dans les cas de paréso-analgésie. Enfin, au point de vue anatomo-pathologique, il ne se laisse pas désavouer par les autopsies de Joffroy et Achard, ni une inédite de Prouff, et s'en tient à celle de Gombault, qui pour lui a

caractérisé la paréso-analgésie par le fait même de la névrite périphérique à caractères spéciaux et que l'on n'a pas retrouvée avec les mêmes caractères dans les autopsies où l'on a rencontré les lésions de la syringomyélie, où l'on avait affaire à de la syringomyélie par conséquent, et non à un type pur de paréso-analgésie.

Ce dernier et tout récent travail (27 juin 1891) nous montre que pour M. Morvan la question n'est pas résolue; la seule concession qu'il veuille faire, c'est de conclure « que le syndrome de Morvan peut avoir pour point de départ des lésions diverses. A l'avenir de nous apprendre dans quelle proportion le susdit syndrome répondra aux diverses lésions et si, comme je le crois fermement encore, il y a une maladie de Morvan ».

3^e PÉRIODE. — *Période dermatologique. — Lèpre anesthésique et syringomyélie. — 1891...*

Cette troisième interprétation de la nature des panaris de Morvan est née dans ces derniers jours, pour ainsi dire. Cependant il est à remarquer que des analogies, des symptômes communs et difficiles à distinguer, avaient frappé les observateurs sagaces qui avaient étudié la maladie de Morvan. Dans presque tous les mémoires, dans presque tous les travaux qui en ont traité avec attention, nous avons trouvé le diagnostic de la maladie de Morvan et de la lèpre anesthésique fait avec détails et, disons-le de suite, avec une pauvreté d'arguments qui pourrait laisser quelque doute dans l'esprit. C'est ainsi que dans un des premiers travaux où nous trouvons ce diagnostic, dans la thèse de Louazel, les seules distinctions que relève l'auteur tiennent aux taches, aux macules lépreuses caractéristiques et à ce fait que « l'interrogation du malade permet d'établir l'origine exotique de l'affection ». La lèpre anesthésique, dit-il, frappant les membres supérieurs, produit, outre l'anesthésie, de la paralysie avec atrophie musculaire (et la syringomyélie, synonyme, nous le savons, de maladie de Morvan, produit les mêmes résultats). Les troubles trophiques consistent en des ulcères indolents à tendance envahissante, pouvant aboutir à la chute des doigts. (N'est-ce pas la même indolence, la même extension, la même terminaison, que présente la maladie de Morvan ?)

Le professeur Charcot, revenant plus longuement sur le même diagnostic dans une leçon du 15 mars 1890, parue dans le *Progrès médical*, s'attachait à démontrer les différences qui séparaient la lèpre de la maladie de Morvan. La forme anesthésique seule présente quelque analogie : elle affecte les extrémités supérieures, les paralyse, y atrophie les muscles, y abolit la sensibilité et y produit des mutilations. « C'est aujourd'hui, dit le savant professeur, une maladie exotique, à peu près inconnue dans notre pays. La lèpre produit des déformations des doigts. La peau se fendille, un ulcère se produit qui, pénétrant profondément, s'étend et finit par circonscrire un doigt dans sa totalité ou seulement dans un point de son étendue. Alors il se produit, et cela sans douleur, sans réaction d'aucune espèce, une chute du doigt, ou bien encore celui-ci est enlevé par le chirurgien. La cause de ces altérations est une névrite lépreuse symétrique décrite par Virchow. Dans la lèpre vous avez un autre signe, bien spécial et qui existe là seule-

ment : ce sont les grandes taches ou macules lépreuses (lèpre maculeuse) disséminées sur diverses parties du corps et désignées sous le nom de morphea alba ou rubra suivant les cas. »

En somme, dans ce diagnostic si étudié, et par un séparatiste convaincu, deux seuls caractères paraissent ne pas être communs à la lèpre anesthésique et à la syringomyélie : l'exotisme de la lèpre et la présence des taches ou macules lépreuses. Tous les autres symptômes se rencontrent au même degré ou à des degrés différents, mais on sait combien sont variables les symptômes périphériques dus à des lésions nerveuses centrales et combien ils peuvent prendre d'aspects divers.

Il était réservé à notre ami le Dr Thibierge de mettre le feu aux poudres en faisant sa très remarquable communication à la Société médicale des hôpitaux. Il s'agissait pour lui simplement de présenter un malade atteint de lèpre systématisée nerveuse avec troubles sensitifs se rapprochant de ceux de la syringomyélie. Or, ce malade avait donné lieu à des diagnostics variés, ayant été examiné par nombre d'observateurs. Nombre de symptômes qu'il présentait appartenaient nettement à la série syringomyélique, entre autres les troubles de la sensibilité; il présentait des troubles trophiques superficiels et une atrophie notable des muscles de la main. En somme, diagnostic difficile de par la communauté de symptômes, entre la lèpre et la syringomyélie, que M. Thibierge eut la sagacité de mener à bien, et à l'opinion duquel se rangea M. Charcot. Mais dans aucune partie de sa communication M. Thibierge n'émet l'opinion possible de l'identité des deux affections, entre lesquelles il était délicat de faire un choix : lèpre et syringomyélie. Il apportait seulement un argument contre un des éléments de diagnostic donné par M. Charcot, à savoir l'exotisme de la lèpre, en démontrant que « la lèpre s'observe en France, à Paris, avec une assez grande fréquence. On compte en ce moment même 6 lépreux dans les divers services de l'hôpital Saint-Louis...; j'y ai vu simultanément 8, 10, et jusqu'à 12 lépreux. En 1886, M. Leloir estimait avec MM. Hardy et Besnier qu'il y avait à Paris de 60 à 100 lépreux d'importation. Ces chiffres sont plutôt au-dessous de la vérité et peuvent à peine donner une idée exacte du chiffre réel des lépreux traités dans les hôpitaux de Paris ».

C'était inconsciemment un premier pas de fait dans la voie de l'identité entre la lèpre et la syringomyélie. Il ne restait plus qu'un argument du professeur Charcot à supprimer : la présence des taches maculeuses. C'est au Dr Zambaco Pacha qu'il était donné de le faire; il publia dans la *Gazette hebdomadaire*, le 25 avril 1891, un travail très important dans lequel il soutient, et cela avec autant de conviction que d'arguments, l'identité de la syringomyélie et de la lèpre anesthésique. Il y a, dit-il, identité symptomatique entre le panaris analgésique de Morvan et quelques-unes de nos observations de lèpre mutilante. « Dans l'un comme dans les autres on voit des troubles vaso-moteurs, des panaris multiples se terminant par des mutilations successives des doigts, de l'anesthésie, des troubles tropho-nerveux variés, etc. Tout est absolument identique, jusqu'à leur reproduction par le dessin, dans la nouvelle entité morbide et l'affection préhistorique considérée, bien à tort, comme ayant entièrement disparu de l'Europe centrale. Je sou-

tiens que si les malades du Dr Morvan étaient observés dans un pays où la lèpre sévit endémiquement, personne ne songerait à créer une maladie nouvelle. »

« Selon l'illustre professeur de la Salpêtrière, les taches pigmentaires et l'origine du malade ou bien son séjour prolongé dans un pays à lèpre suffiraient pour établir le diagnostic différentiel et pour faire dire qu'il y a lèpre et non syringomyélie. » Mais ce symptôme est loin d'être constant, et la plupart des lépreux atteints de lèpre anesthésique, de la maladie de Danielssen, observés en Orient par M. Zambaco, ne présentaient aucune pigmentation.

Le seul argument qui fait défaut à M. Zambaco pour entraîner la conviction et donner une démonstration irréfutable, c'est l'anatomie pathologique. Si à l'autopsie d'un de ses lépreux atteints de maladie de Danielssen il trouvait dans la moëlle les mêmes lésions que Joffroy et Achard ont décrites dans la maladie de Morvan, dans la syringomyélie, il faudrait s'incliner et effacer encore une fois la maladie de Morvan et en faire une des manifestations modernes de la lèpre antique. Le Dr Zambaco promet un examen histologique et bactériologique d'une moëlle, actuellement en préparation; ce jour-là, la question sera tranchée. Quoi qu'il en soit, « ce qui me paraît, dit M. Zambaco, le plus légitime, toujours au point de vue de l'observation clinique, c'est de les considérer (lèpre, maladie de Morvan et syringomyélie) comme ne formant qu'une seule entité morbide dont les victimes présentent quelques légères modifications sous l'influence du climat et des conditions hygiéniques. »

Cette conviction n'est pas partagée, disons-le de suite, par le Dr Thibierge, auquel est adressé le travail de M. Zambaco; « sans doute les deux états morbides (maladie de Morvan et syringomyélie) ont une grande analogie clinique avec certaines formes de lèpre, de maladie de Danielssen, mais il serait peut-être prématuré de soutenir leur identité nosologique. »

L'absence de tubercules lépreux chez les syringomyéliques est un fait capital suffisant à faire rejeter l'identité admise par M. Zambaco; la contagion, quoique non admise par M. Zambaco, pourrait pour les contagionnistes être donnée comme un argument à opposer à l'identification possible. Jamais on n'a songé à regarder comme contagieuse la maladie de Morvan; la lèpre se termine par un état de cachexie d'aspect saisissant que l'on ne trouve jamais dans la syringomyélie; enfin l'anatomie pathologique, si elle a montré l'existence de névrites périphériques dans la syringomyélie, n'a jamais révélé la présence de ces nodosités, qui ont une si grande importance dans la névrite lépreuse.

La question est posée. On comprendra que nous ne donnions pas notre opinion; et avec le Dr Jumon, qui dans la *France médicale* publiait récemment une revue très judicieusement faite sur la maladie de Morvan, nous dirons: « L'anatomie pathologique, la bactériologie, n'ont pas fait connaître leurs décisions. » Il faudra les attendre avant de se prononcer et de savoir quel sort nouveau l'avenir réserve à la maladie de Morvan.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1891.

A

Abcès. — Le traitement des abcès du psoas iliaque et autres grands abcès tuberculeux par le lavage à l'eau chaude sans drainage, par BARKER. (*Brit. med. journ.*, 7 février.) — Rupture d'un abcès ischio-rectal dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, mort, par LANE. (*Brit. med. journ.*, 14 février.)

Abdomen. — Coups de feu de l'abdomen, avec 3 plaies du mésentère et 16 plaies de l'intestin; durée de l'opération, 2 heures; guérison, par MILES. (*Med. News*, 27 décembre 1890, p. 680.) — Plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu, par COLEY. (*Americ. j. of med. sc.*, mars.) — Plaie de poitrine, pénétration du diaphragme, plaie de l'estomac, hernie de l'épiploon, laparotomie, guérison, par HEATON. (*Brit. med. j.*, 11 avril.) — Plaie pénétrante de l'abdomen et du thorax, guérison, par MOORE. (*Boston med. journ.*, 12 mars.) — Deux cas de laparotomie pour hémorragie intra-abdominale, par HOMANS. (*Boston med. journ.*, 8 janvier.) — Du traitement des contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, par MOTY. (*Arch. de méd. milit.*, février.) — Ileus par contusion de l'abdomen, rupture de la rate par contre-coup, par WIESSMANN. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1^{er} septembre 1890.) — Corps étrangers laissés dans l'abdomen après l'ovariotomie, par WILSON. (*Med. News*, 17 janvier.) — Analyse d'un liquide d'ascite, par CUMINET. (*Arch. méd. milit.*, janvier.) — Quelques formes d'abcès abdominaux, par WRIGHT. (*Lancet*, 7 février.) — Extirpation d'une tumeur graisseuse rétro-péritonéale, ligature de la veine iliaque primitive, par HOMANS. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — Sur le choix de la piqure dans la paracentèse abdominale, par TRZEBICKY. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 4.) — Myosarcome de la paroi abdominale, par LORIA. (*Prager med. Woch.*, n° 46, 1890.) — Etude des fibromes et sarcomes de la paroi abdominale, par FINK. (*Ibid.*, n° 37.) — De la position élevée du bassin dans la chirurgie abdomino-pelvienne, par LABUSQUIÈRE. (*Ann. de gynéc.*, janvier.)

Accouchement. — Sur la pratique antiseptique des accouchements, services de BUDIN, BAR, MAYGRIER, CHAMPETIER. (*Journ. de méd. et chir.*, 25 janvier.) — La nouvelle maternité à Helsingfors et son activité pendant les années 1879-87: 5 973 accouchements, par STENBACK. (*Finska lakar. handlingar.*, XXXIII, 1.) — La 5^e et la 6^e position du vertex, remarques sur les positions occipito-postérieures, par ZINKE. (*Americ. journ. of obst.*, janvier.) — Etiologie et traitement des douleurs insuffisantes chez les primi-

pares âgées, par BORNER. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 18.) — Protection du périnée pendant le passage du tronc après la sortie de la tête, par COUDER. (*Thèse de Paris*, 5 mars.) — L'accouchement avec les hymens presque fermés et résistants, par AHLFELD. (*Zeit. f. Geburts.*, XXI, 1.) — Hémorragie accidentelle, mortelle, pendant le travail, par COE. (*Americ. j. of obst.*, février.) — De l'accouchement provoqué, par PINARD. (*Ann. de gynéc.*, janvier.) — L'accouchement prématuré artificiel dans les rétrécissements du bassin les plus communs, et étude historique sur les nouveaux moyens d'élever les enfants nés avant terme, par SACCHI. (*Ann. di ostet.*, janvier.) — Pseudo-rigidité du col, par AUVARD. (*Arch. de tocol.*, janvier.) — Dystocie par accidents syphilitiques du col, par MESNARD. (*Ibid.*, janvier.) — Dégénérescence kystique des reins chez un fœtus empêchant l'accouchement, par FUSSELL. (*Med. News*, 10 janvier.) — Dystocie due à la présence d'un fibrome inséré sur la partie postérieure du segment inférieur de l'utérus; placenta prævia, mort du fœtus, déplacement spontané de la tumeur, par BLANC. (*Ann. de gyn.*, mars.) — De la petitesse de la tête fœtale et de son rôle dans la dystocie, par DREUMONT. (*Thèse de Paris*, 19 mars.) — De la conduite à tenir dans le cas de dystocie due aux épaules, par VILPELLE. (*Thèse de Paris*, 25 février.) — De la version par un pied, par NAGEL. (*Arch. f. Gynæk.*, XXXIX, 3.) — Fœtus basiotripsie ayant survécu 15 minutes après son extraction, par CONDAMIN. (*Province méd.*, 24 janvier.) — Les injections intra-utérines chez les nouvelles accouchées, par GELLEN. (*Thèse de Paris*, 16 avril.) — Les soins à donner aux femmes en couches, par RUTHERFORD. (*Americ. j. of obst.*, mars.) — Sur l'emploi de la noix de Kola dans un accouchement, par CHAMBARD-HÉNON. (*Lyon méd.*, 15 mars.) — Emploi du lysol en gynécologie et en obstétrique, par MICHELSEN. (*Cent. f. Gynæk.*, 2 janvier.) — Traitement des suites de couches normales, par SCHAUTA. (*Cent. f. ges. Therap.*, janvier.)

Acné. — Traitement de l'acné dans les deux sexes par la guérison de l'irritation génitale, par WINFIELD. (*Journ. of cut. dis.*, mars.)

Acromégalie. — Obs. d'acromégalie, par RUTTLE. (*Brit. med. j.*, 28 mars.) — De l'acromégalie, par LUZET. (*Arch. gén. de méd.*, février.) — Un cas d'acromégalie avec symptômes tabétiques et hémianopie temporale bilatérale, par DEBIERRE. (*Rev. gén. d'opht.*, X, 1.) — De l'acromégalie, par CHÉRON. (*Union médicale*, 6 janvier.)

Actinomyose. — Un cas d'actinomyose, par OCHSNER. (*Med. News*, 24 janvier.) — Trois cas d'actinomyose, par KOCH. (*Münch. med. Woch.*, 24 mars.)

Addison (Mal. d'). — La maladie d'Addison, par DIXON MANN. (*Lancet* 21 mars.)

Aérothérapie. — Des progrès réalisés dans la construction et le fonctionnement des chambres à air comprimé, par LEGAY. (*Bull. de théér.*, 28 février.) — Sur un nouvel inhalateur gazomètre, par FERROUIN. (*Ibid.*, 30 mars.)

Aïnhum. — Observation d'aïnhum, par TODD. (*Brit. med. j.*, 21 février.)

Albumine. — Sur quelques transformations de l'albumine, par PATEIN. (*Soc. de biol.*, 21 mars.) — Sur le sort de la peptone injectée dans le sang, par DENYS et POOT. (*La Cellule*, VI, 2.) — Sur la constitution des albuminoïdes, par ARNAUD. (*Acad. des sc.*, 19 janvier.) — Pathologie des protéïdes, par MARTIN. (*Brit. med. j.*, 24 janvier.)

Albuminurie. — De l'albuminurie intermittente, par HERRINGHAM. (*Brit. med. j.*, 31 janvier.) — Rapports de l'albuminurie et de l'éclampsie puerpérale, par GARDNER. (*Therap. Gaz.*, 15 janvier.) — De l'albuminurie dans la lithiase rénale, par MABBOUX. (*Lyon méd.*, 25 janvier.)

Alcool. — Action de l'alcool sur l'organisme infantile, par DEMME. (*Wiener med. Blätt.*, 15 janvier.)

Alcoolisme. — Psychopathies héréditaires dues à l'alcoolisme, par HUGHES. (*Journ. amer. med. ass.*, 3 janvier.) — De l'intoxication par le vin, par LANCEREAUX. (*Bull. méd.*, 25 janvier.) — Parésie des membres inférieurs et supérieurs guérie par des frictions d'huile phosphorée chez une alcoolique, par LEDIBERDER. (*Gaz. hebd. de méd.*, 3 janvier.) — Intoxication par les boissons purement alcooliques : rhum, cognac, etc., par LANCEREAUX. (*Bull. méd.*, 15 mars.) — Intoxication aiguë et chronique par les essences, par LANCEREAUX. (*Ibid.*, 22 mars.) — Sur la question du traitement de la dyspomanie et de la narcomanie, par RIBALKINE. (*Vratch*, 2.)

Aliénation. — La défense de l'aliénation, par SAVAGE. (*Journ. of mental sc.*, avril.) — Les aliénés et les asiles d'aliénés. Assistance, législation et médecine légale, par J. FALRET. (*Paris*, 1890.) — La direction administrative et médicale des établissements d'aliénés, par S. GARNIER. (*Ann. méd., psych.*, n° 1.) — La proposition de loi sur le régime des aliénés, par GIRAUD. (*Ibid.*, mars.) — La colonie d'aliénés de Gheel, par CLEAVES. (*Journ. of mental sc.*, avril.) — Du poids du cerveau chez les aliénés, par MERCIER. (*Ibid.*, avril.) — Folie homicide et suicide, par ELKINS. (*Ibid.*, janvier.) — Démence aiguë, traitement par la chaleur et le froid, l'électricité, le massage ; guérison, par ROBERTSON. (*Ibid.*, janvier.) — Perversion sexuelle, par URQUHART. (*Ibid.*, janvier.) — Manie et mélancolie, par MACPHERSON. (*Ibid.*, avril.) — L'ictus émotionnel en médecine mentale, par A. PARIS. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 1, p. 11.) — De la myographie cérébrale, par BALLET. (*Semaine méd.*, 16 janvier.) — Curieuse observation de folie érotique avec autopsie, par HOSPITAL. (*Ann. méd. psych.*, n° 1.) — De quelques formes aiguës d'aliénation mentale et de leurs rapports avec la paranoïa, par ROSENBAACH. (*Ibid.*, n° 1.) — Délire aigu, processus infectieux, par LLOYD. (*Med. News*, 31 janvier.) — Remarques sur le délire aigu, par CHAPIN. (*Ibid.*) — Un cas de délire aigu, par TULL. (*Ibid.*) — Le choix des cas d'aliénation pour les méthodes du traitement privé, par STEDMAN. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — Pipérazidine dans les maladies mentales, par SCHULTZE. (*Therap. Monats.*, avril.) — De l'emploi du chlorhydrate de morphine dans les maladies mentales et nerveuses, par VOISIN. (*Bull. de thérap.*, 15 avril.) — Hygiène et traitement des maladies mentales et nerveuses, par KOVALEWSKY, traduit par W. DE HOLSTEIN. (*Paris*, 1890.) — Du traitement de la siliophobie chez les aliénés par le lavage de l'estomac, par VOISIN. (*Bull. de thérap.*, 30 janvier.)

Alimentation. — Trois expériences d'alimentation avec de la nourriture mixte, par HULTGREN et LANDERGREN. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXII, 17.) — Etude chimique d'un procédé de panification qui utiliserait la matière azotée du son (procédé Souvant), par BARILLÉ. (*Arch. de méd. milit.*, mars.) — De l'alimentation des employés de chemin de fer, par BEETZ. (*Münch. med. Woch.*, 7 avril.)

Amputation. — Exemple remarquable d'amputation conservatrice, par ROSE. (*Berl. klin. Woch.*, 17 novembre 1890.) — Amputations congénitales et aïnhum, par TRÉLAT. (*Gaz. hebd. Paris*, 28 février.) — Cent cas de grandes amputations pratiquées à St-Luke Hospital, par GLAZEBROOK. (*Med. News*,

17 janvier.) — Amputation du membre supérieur gauche, ablation de la moitié du grand pectoral, du petit pectoral, du sous-clavier, des muscles de l'omoplate, d'une partie du grand dentelé, de la clavicule et de l'omoplate, par WYETH. (*N. York med. journ.*, 17 janvier.) — Double amputation primitive de la cuisse, par MACKAY. (*Lancet*, 24 janvier.) — De l'opération de Wladimiroff Mikulicz, par SOTTAS. (*Arch. gén. de méd.*, avril.)

Amygdales. — Anatomie et physiologie des amygdales, par HODENPYL. (*Americ. j. of med. sc.*, mars.) — Pérityphlite compliquant une amygdalite, par HUMPHREYS. (*Brit. med. j.*, 28 mars.) — Mélange contre l'amygdalite aiguë, par BIDWELL. (*Scalpel*, 18 janvier.) — Traitement de l'amygdalite lacunaire chronique, par la dissection des amygdales, par GAMPERT. (*Thèse de Paris*, 4 mars.) — Hypertrophie des amygdales, par WOOD. (*Med. News*, 24 janvier.) — Hypertrophie des amygdales, par STUCKY. (*Med. and surg. Reporter*, 20 décembre 1890.) — De la galvano-puncture dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales chez les enfants, par TERSON. (*Thèse de Paris*, 15 janvier.)

Anatomie. — Le nouvel institut d'anatomie pathologique de l'Université de Lund, par ODENIUS. (*Nordiskt med. Arkiv.*, XXII, 19.) — L'institut anatomique de la faculté de Bordeaux, par LÉPINAY. (*Thèse de Bordeaux*.)

Anémie. — De l'anémie, pathologie, symptômes, traitement, par STEPHEN MACKENZIE. (*Brit. med. journ.*, 10 janvier.) — La peptonurie dans les anémies graves, par LUSSANA FELICE. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXIV, 4.) — Le traitement de l'anémie aiguë par la transfusion, par HOLMES. (*Americ. j. of obst.*, mars.)

Anesthésie. — La commission d'Hyderabad, par LAWRIE. (*Lancet*, 14 mars.) — Notes pratiques sur l'administration de l'éther et du chloroforme, par LLOYD. (*Ibid.*) — Expériences sur le chloroforme et l'éther, par CUSHNY. (*Ibid.*) — Pénétration et répartition du chloroforme dans l'organisme, par POHL. (*Arch. f. exp. Path.*, XXVIII, 3 et 4.) — De l'anesthésie combinée par l'éther et le chloroforme, par KOCHER. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 septembre 1890.) — Des perturbations dans les échanges organiques par l'anesthésie chloroformique, par KAST et MESTER. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 5 et 6.) — Action du chloroforme sur le protoplasma, par FOKKER. (*Fortsch. der Med.*, IX, 3.) — Physiologie de l'asphyxie, action anesthésique de l'azote pur, par JOHNSON. (*Brit. med. j.*, 21 février.) — Asphyxie chloroformique de forme rare, par HOCHSTETTER. (*Wien. klin. Woch.*, 25 février.) — L'administration des anesthésiques dans la chirurgie orale et nasale, par HEWITT. (*Lancet*, 10 janvier.) — L'anesthésie par la cocaïne, par RECLUS. (*Gaz. des hôp.*, 3 février.) — De l'emploi de la cocaïne dans les maladies des voies urinaires, par TROQUART. (*Journ. méd. Bordeaux*, 4 janvier.) — Anesthésie par la cocaïne dans la pratique chirurgicale, par PLOCQUE. (*Ann. de méd.*, 18 février.) — Quelques objections sur l'emploi de la cocaïne dans les maladies des voies génito-urinaires, par J. BISSEL. (*N. York med. record*, p. 488, 1^{er} novembre 1890.) — Considérations sur l'anesthésie locale et générale, par GRANDCLÉMENT. (*Lyon méd.*, 22 mars.) — Ampoules de chlorure d'éthyle pour anesthésie locale, par FERRAND. (*Lyon méd.*, p. 235, 15 février.)

Anévrisme. — Anévrisme de l'aorte, par BERTHET. (*Lyon méd.*, 25 janvier.) — Anévrisme de l'aorte abdominale, paraplégie, mort subite, par KAST. (*Soc. méd. de Hambourg*, 7 octobre 1890.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte, rupture de l'aorte, par SIRAUD. (*Lyon méd.*, 8 mars.) — Anévrisme de l'aorte thoracique ayant déterminé une usure considérable des ver-

tèbres dorsales, par FAURE MILLER. (*Soc. anat.*, 13 mars.) — Anévrisme aortique communiquant avec la veine cave supérieure, par ORD. (*London path. Soc.*, 17 février.) — Valeur diagnostique du signe de pulsation trachéale dans l'anévrisme aortique, par MACDONNELL. (*Lancet*, 7 mars.) — Traitement chirurgical de l'anévrisme de la crosse aortique, un cas guéri par la méthode Loret-Barwell, par ROSENSTIRN. (*Amer. journ. of med. sc.*, janvier.) — Traitement de l'anévrisme des deux premiers tiers de l'artère sous-clavière, par BRYANT. (*N. York acad. of med.*, 19 février.) — Anévrisme intra-crânien guéri par la ligature de la carotide primitive, par PUZEY. (*Lancet*, 14 février.) — Anévrisme artério-veineux du membre supérieur, par KAMMERER. (*N. York med. journ.*, 14 février.) — Ligature de la carotide et de la sous-clavière pour anévrisme de la base du cou, par MARKOE. (*Ibid.*, 14 mars.) — Ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites pour anévrisme du tronc innominé; guérison, par WINSLOW. (*Journ. Americ. med. assoc.*, 20 décembre 1890.) — Anévrisme de l'artère vertébrale, par GANGOLPHE. (*Lyon méd.*, 5 avril.) — Anévrisme de la sous-clavière guéri spontanément par déchirure, par OLIVER. (*Lancet*, 3 janvier.) — Anévrisme de l'iliaque externe guéri par compression, par SYMONDS. (*Lancet*, 10 janvier.) — Anévrisme fémoral, rupture, extirpation, par STIMSON. (*N. York surg. Soc.*, 14 janvier.) — Des anévrismes artério-veineux, par WOLFF. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 4.) — Traitement de l'anévrisme artério-veineux, 2 cas d'extirpation, par CURTIS. (*Americ. j. of med. sc.*, février.)

Angine. — Cellulite sous-maxillaire, angine de Ludwig, par BARKER. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVI, p. 275.) — Un cas d'angine gangreneuse primitive, par LUZET. (*France méd.*, 10 avril.) — Angine fibrineuse précoce de la scarlatine, par GILLET. (*Rev. de clin.*, n° 1, p. 2.) — Angine de poitrine, nature et traitement, par POWELL. (*Practitioner*, avril.) — Du traitement artériel de l'angine de poitrine; ses indications, par ELOY. (*Revue gén. de clin.*, n° 2, p. 25.) — Nitroglycérine dans l'angine de poitrine, par LILIENTHAL. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 novembre 1890.)

Antisepsie. — De l'antisepsie dans la chirurgie à la campagne et des moyens de la réaliser dans les grandes opérations qui exposent particulièrement à la suppuration, par CHAINTRE. (*Gaz. hebd. Paris*, 4 avril.)

Anthrax. — Un cas d'anthrax intestinal chez l'homme, par GOLDSCHMIDT. (*Münch. med. Woch.*, 10 février.)

Anus. — Formation d'un cloaque complet par abouchement de l'intestin et de l'urètre, par SCHOUTA. (*Arch. f. Gynæk.*, XXXIX, 3.)

Aorte. — Aortite aiguë verruqueuse, par MAGUIRE. (*London path. Soc.*, 6 janvier.) — Mort subite par rupture spontanée de l'aorte, par MARTIN-DURR. (*Soc. anat. Paris*, 16 janvier, et *Arch. gén. de méd.*, février.) — Ligature de l'aorte abdominale pour rupture d'un anévrisme aortique; mort, par MILTON. (*Lancet*, 10 janvier.)

Appareil. — Un ruban de mensuration perfectionné, par KRAUSS. (*Buffalo med. journ.*, avril 1890.) — Description d'un nouvel aéroscopie, par LAVÉRAN. (*Soc. de biol.*, 24 janvier.) — Appareil pour la stérilisation des instruments et pansements, par CUSHING. (*Boston med. journ.*, 12 février.) — Sur une seringue à injections hypodermiques stérilisable, à piston en moelle de sureau, par STRAUS et COLLIN. (*Soc. de biol.*, 31 janvier.) — Perfectionnements apportés aux seringues tout en verre et stérilisables, par MALASSEZ. (*Ibid.*)

Artère. — Anomalie très rare de l'artère pulmonaire, par BARBACCI. (*Arch. per le sc. med.*, XV, 1.) — De la conduite à tenir dans les plaies d'une grosse artère des membres, par SCHWARTZ. (*Rev. gén. de clin.*, n° 1, p. 6.) — Piqûre de l'artère humérale, de la veine médiane basilique et d'une des veines satellites de l'artère, ligature des deux bouts des vaisseaux, guérison, par BOURDIN. (*Arch. de méd. milit.*, février.) — A propos de la ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter, par ADENOT. (*Lyon méd.*, 22 février.) — Ligature de la carotide primitive gauche pour hémorragie, plaie du cou, guérison, par O'NEILL. (*Lancet*, 31 janvier.)

Articulation. — Le mécanisme de l'articulation ilio-sacrée, par KLEIN. (*Zeit. f. Geburts.*, XXI, 1.) — Recherches expérimentales sur la nature et la pathogénie des atrophies musculaires consécutives aux lésions des articulations, par DUPLAY et CAZIN. (*Arch. gén. de méd.*, janvier.) — Différents de jambes croisées par ankylose de la hanche, opération, par PAGE. (*Lancet*, 21 mars.) — Du détachement de fragments osseux articulaires sous l'action de violences légères, par RIEDEL. (*Cent. f. Chir.*, 21 mars.) — Le traitement des épanchements aigus du genou par la ponction, par OWEN. (*Practitioner*, février.) — Sur l'arthrectomie dans les arthrites fongueuses du genou, par LEFEVRE. (*Thèse de Paris*, 18 février.) — De l'arthrodèse, par RAMALLY. (*Thèse de Lyon*.) — De l'arthrodèse, par DEFONTAINE. (*Gaz. des hôp.*, 21 février.) — Du traitement des arthrites tuberculeuses par l'iodoforme, par MARTY. (*Thèse de Bordeaux*.)

Asthme. — Rapports de l'asthme et des autres maladies, par WEST. (*Practitioner*, avril.) — De l'asthme ganglionnaire, par JOAL. (*Arch. de méd.*, avril.) — Asthme bronchique après respiration de chlore, par TREITEL. (*Therap. Monats.*, avril.) — Rhino-bronchite spasmodique, par RENDU. (*Mercredi méd.*, 7 janvier.)

Astigmatisme. — Note sur les lentilles bifocales astigmatiques, par GOULD. (*Arch. of ophth.*, XX, 1.)

Auscultation. — Sur la théorie de l'auscultation médiate, nouveau stéthoscope, par SAILLET. (*Marseille*.)

Autoplastie. — De l'autoplastie dans l'absence complète de la lèvre supérieure et de la surface cutanée maxillaire, par SAMTER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 4.)

Avortement. — Curage digital de l'utérus dans un cas d'hémorragie grave consécutive à un avortement de 3 mois, par CHALEIX. (*Arch. de tocol.*, janvier.) — Traitement de la fausse couche, par CHAZAN. (*Cent. f. Gynæk.*, 24 janvier.)

B

Bactériologie. — La lutte entre les cellules et les bactéries, par BEWLEY. (*Provincial med. journ.*, n° 109.) — La sensibilité tactile chez les organismes inférieurs, par MASSART. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 5 janvier.) — Comment il faut apprécier à l'heure actuelle la valeur de l'élément microbien dans l'étiologie générale des maladies infectieuses, par RÉMOND. (*Semaine méd.*, 14 mars.) — Le progrès de la bactériologie en 1890, par A. VOÏTOFF. (*Meditzina*, 3.) — Développement des idées modernes sur le

traitement préventif et curatif des maladies bactériennes, sur l'immunité et l'état réfractaire, par DELÉPINE. (*Lancet*, 31 janvier.) — Histoire des sciences, la bactériologie au XVIII^e siècle, par THIBAULT. (*Journ. de pharm.*, 1^{er} février.) — Recherches sur la technique bactériologique, par PRAUSNITZ. (*Cent. f. Bakt.*, IX, 3.) — Préparation des cultures d'agar, par von OVERBECK DE MEYER. (*Cent. f. Bakter.*, IX, 5.) — Sur un régulateur de température applicable aux étuves, par ROUX. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 3.) — Emploi de l'acide carbonique liquéfié pour la filtration et la stérilisation rapides des liquides organiques, par D'ARSONVAL. (*Acad. des Sc.*, 31 mars, et *Arch. de phys.*, III, 2.) — La nature des sécrétions microbiennes, par CHARRIN. (*Rev. gén. des sc. pures*, 15 mars.) — Sur la lésion locale dans les maladies microbiennes, par GAMALEIA. (*Arch. de méd. expér.*, III, 2.) — De la destruction des microorganismes par les courants induits, par SPILKER et GOTTSTEIN. (*Cent. f. Bakt.*, IX, 3.) — Étude des bactéries lumineuses, par KATZ. (*Ibid.*, IX, 5.) — Étude de germes de l'atmosphère; sur quelques numérations des bactéries de l'air dans les hôpitaux de Lyon, par ROSSI. (*Thèse de Lyon*.) — Action de certaines matières colorantes dérivées de la houille sur le développement et la virulence de quelques microbes, par HUGOUNENQ et ERAUD. (*Soc. de biol.*, 28 février.) — Étude des bactéries de la putréfaction, par HOFFA. (*Münch. med. Woch.*, 7 avril.) — Les selles des fébricitants au point de vue bactériologique, par BARD. (*Lyon. méd.*, p. 275, 22 février.) — Nouveau micro-organisme de l'eau pathogène pour les animaux avec température constante et variable, par SANARELLI. (*Cent. f. Bakter.*, IX, 6.) — Étude du bacille du choléra des poules, par SMITH. (*Cent. f. Bakter.*, IX, 8.) — Sur les propriétés pyogènes du bacille d'Eberth, par RAYMOND. (*Gaz. méd. Paris*, 28 février.) — Présence du bacille typhique dans les eaux de source; la méthode des sédiments pour la recherche des bactéries pathogènes dans les liquides, par FINKELNBURG. (*Cent. f. Bakt.*, IX, 9.) — Sur un cas de polyarthrite suppurée et de myosites déterminées par le pneumocoque, par BOULLOCHE. (*Arch. de méd. expér.*, III, 2.) — Présence du bacille de l'œdème malin dans la teinture de muse, par van COTT. (*Cent. f. Bakt.*, IX, 9.) — Sur les produits solubles favorisant, sécrétés par le staphylocoque pyogène, par RODET et COURMONT. (*Soc. de biol.*, 21 mars.) — Des races du bacille pyocyanique, par GESSARD. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 2.) — Recherches chimiques sur les sécrétions microbiennes. Transformation et élimination de la matière organique azotée par le bacille pyocyanique dans un milieu de culture déterminée, par ARNAUD et CHARRIN. (*Acad. des sc.*, 6 avril.) — Sur l'action des produits sécrétés par le bacille pyocyanique sur le système nerveux vaso-moteur, par CHARRIN et GLEY. (*Arch. de phys.*, III, 1.) — Sur les lésions du myocarde dans l'empoisonnement par les produits solubles du bacille pyocyanique, par BRAULT. (*Bull. Soc. Anat.*, 18 juillet 1890.)

Bain. — Sur les bains de vapeur à domicile, par PETERS. (*Therap. Monats.*, février.) — L'action des bains de vapeur locaux, par HERZ. (*Cent. f. ges. Therap.*, janvier.) — Les bains de vapeur térébenthinés; leur emploi thérapeutique, par DESCOURTIS. (*Rev. d'hyg. théér.*, janvier.) — De la balnéothérapie dans les maladies du cœur, par KISCH. (*Therap. Monats.*, avril.)

Bassin. — Description d'un pelvéoscope, par LOEBINGER. (*N. York med. journ.*, avril.) — La dyssimétrie et les formes du bassin adulte normal, par JABOULAY. (*Province. méd.*, 17 janvier.) — Du bassin vicié par obstruction; tumeurs développées aux dépens du squelette pelvien, par VAILLE. (*Thèse de Paris*, 12 mars.) — Cinq cas de laparotomie pour abcès pel-

viens, par WARREN. (*Boston med. journ.*, 19 février.) — Pathologie des inflammations pelviennes, par SKENE. (*Med. News*, 28 mars.)

Biliaires (Voies). — Les infections biliaires; étude bactériologique et cliniques, par DUPRÉ. (*Thèse de Paris*, 12 février.) — Infection biliaire streptococcique consécutive à une lithiase biliaire ancienne, angiocholite, ictère grave, par DUPRÉ. (*Soc. anat. Paris*, 16 janvier.) — Des angiocholites infectieuses ascendantes suppuratives, par GILBERT et GIRODE. (*Soc. de biol.*, 21 mars.) — Angiocholites microbiennes expérimentales, par CHARRIN et ROGER. (*Soc. de biol.*, 21 mars.) — Sur un procédé d'injection dans les voies biliaires, par ROGER. (*Ibid.*) — De la cholécystite suppurée, symptômes et diagnostic, par CADÉAC. (*Thèse de Paris*, 19 mars.) — De l'élimination du fer par la bile, par DASTRE. (*Arch. de phys.*, III, 1.) — Passage d'un volumineux calcul biliaire par une fistule ombilicale, par COLEGROVE. (*N. York med. journ.*, 31 janvier.) — L'expulsion des calculs biliaires par le massage, par HARLEY. (*Berlin. klin. Woch.*, 1^{er} septembre 1890.) — Chirurgie de la vésicule biliaire, par SAINTON. (*Gaz. des hôp.*, 24 janvier.) — De l'intervention chirurgicale dans les cas de cholélithiase. (*Rev. de thérap.*, 8 janvier.) — Calculs biliaires et cancer de la vésicule, par CUMING. (*Brit. med. j.*, 10 janvier.) — Cholécystotomie pour calculs; absence de signes physiques, par MAYO ROBSON. (*Lancet*, 10 janvier.) — Cholécystectomie. Production spontanée d'une fistule biliaire; guérison des accidents hépatiques et de la fistule biliaire, par TERRIER. (*Bull. acad. de méd.*, 10 mars.)

Blennorrhagie. — L'importance de la blennorrhagie comme cause d'inflammation des organes pelviens, par BANTOCK. (*Brit. med. j.*, 4 avril.) — Des affections gonorréiques des trompes et de l'abdomen, par MENGE. (*Zeit. f. Geburts.*, XXI, 1.) — Vaginalite chronique blennorrhagique, par REGNAULT. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, février.) — Manifestations cutanées de la blennorrhagie, par RAYNAUD. (*Ann. de Dermat.*, II, 3.) — Périostite blennorrhagique, par RAYNAUD. (*Bull. méd. Algérie*, 1^{er} octobre 1890.) — Périostite de la face interne du tibia et synovite tendineuse des extenseurs du pied d'origine blennorrhagique, par OZENNE. (*Soc. de dermat.*, 12 mars.) — Complications cardiaques dans le rhumatisme blennorrhagique, par MAC DONNELL. (*Amer. journ. of med. sc.*, janvier.) — Du rhumatisme blennorrhagique, arthropathies graves avec amyotrophies, par DO AMARAL. (*Thèse de Paris*, 8 avril.) — Arthropathies multiples et atrophie musculaire généralisée consécutive en rapport probable avec une infection blennorrhagique, par RAYMOND. (*Gaz. méd. Paris*, 3 janvier.) — L'emploi des solutions de sublimé et de nitrate d'argent contre la blennorrhagie, par DIDAY. (*Lyon méd.*, 15 mars.) — Traitement de la blennorrhagie aiguë par les injections alcalines de bicarbonate de soude, par CASTELLAN. (*Arch. de méd.*, novembre, février.)

Bouche. — Cas de contagion de la stomatite mercurielle, par DIDAY. (*Ann. de dermat.*, II, 2.) — Stomatite pseudo-membraneuse non diphtéritique, par BAX. (*Gaz. méd. Picardie*, janvier.)

Bronche. — Dilatation des bronches, endocardite végétante, hépatite suppurée à foyers multiples, abcès du rein droit, infection à staphylocoques d'origine bronchique, par THIROLOIX. (*Soc. Anat. Paris*, 13 mars.) — Sur la broncho-pneumonie, par MOSNY. (*Thèse de Paris*, 5 février.) — Une épidémie de bronchite capillaire, par V. NETZETZKY. (*Meditzina*, 2.)

Brûlure. — L'iodoforme contre les brûlures, par ROTTENBERG. (*Therap. Monats.*, mars.)

C

Cancer. — Les travaux récents de ces dernières années sur la pathologie du cancer, par SHATTUCK et BALLANCE. (*Brit. med. Journ.*, 14 mars.) — L'origine parasitaire du cancer, par WARREN. (*Boston med. J.*, 15 janvier.) — Nouveaux faits à l'appui de la nature infectieuse du cancer, par ARNAUDET. (*Normandie méd.*, 15 février.) — Arthritisme et cancer, par ISCH-WALL. (*Thèse de Paris*, 11 mars.) — Du cancer primitif des membres, par MICHAEL. (*Beit. zur klin. Chir.*, VII, 2.) — Carcinome profond de l'avant-bras. Réflexions sur les carcinomes difficiles à diagnostiquer, par HELFERICH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 49, 1890.) — Contre le pessimisme des adversaires du traitement chirurgical dans le carcinome, par HEIDENHAIN. (*Ibid.*, n° 51, 1890.)

Cellule. — La structure des cellules, par SCHNEIDER. (*Zool. Anzeiger*, XIV, p. 44.) — Etude des cellules éosinophiles, par ALDENHOFF. (*Prag. med. Woch.*, 25 février.) — Etude du pigment cellulaire, par SOLGER. (*Anat. Anzeiger*, VI, 6.) — De la phagocytose et de l'immunité, par METSCHNIKOFF. (*Brit. med. J.*, 31 janvier.)

Cerveau. — Sur les cellules propres du cerveau de leptodora, par SAMASSA. (*Anat. Anzeiger*, VI, 2.) — La scissure de Sylvius et l'insula de Reil dans le cerveau des primates, par CUNNINGHAM. (*Journ. of anat.*, janv.) — Quelques points sur l'anatomie de la surface du cerveau, par BENEDIKT. (*Ibid.*, janvier.) — Anatomie descriptive des circonvolutions cérébrales, par BROCA. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 17 janvier.) — L'excitabilité du cerveau, par HERZEN. (*Rev. scientif.*, 31 janvier.) — La circulation du sang et de la lymphe dans le crâne pendant le sommeil et la veille. Observations sur l'hypnotisme, par CUMMING MACKENZIE. (*Journ. of ment. sc.*, janvier.) — Des variations thermiques crâniennes pendant le langage parlé, par FASOLA. (*Riv. gen. ital. di clin. med.*; n° 1.) — Influence de l'alcool et du thé sur l'activité cérébrale, par KRÆPELIN. (*Berl. klin. Woch.*, 6 octobre 1890.) — De la sollicitation isolée du lobe gauche et du lobe droit dans l'état hypnotique au point de vue des manifestations de la parole, par LUYS. (*Soc. de biol.*, 21 mars.) — Influence de l'attitude sur l'anémie cérébrale, par RICHEL. (*Soc. de biol.*, 17 janvier.) — Volumineux cerveau, par WILSON. (*Edinb. med. Journ.*, janvier.) — Contributions cliniques et anatomiques à la pathologie du cerveau, par SALOMON HENSCHEN. (1^{re} partie, *Upsal*, 1890, et *Berlin. klin. Woch.*, nos 47 et 52, 1890) : 1^o altérations secondaires des fibres visuelles dans un cas de double cécité datant de 50 ans; 2^o 8 autopsies de borgnes; 3^o 2 cas de lésions des corps genouillés; 4^o hémipopie par méningite gommeuse; 5^o 2 cas de tumeurs du chiasma (hypophyse); 6^o hémipopie par hémorragie de la couche optique; 7^o 3 cas de troubles visuels par lésions bilatérales des fibres visuelles; 8^o 2 cas d'hémipopie par ramollissement des fibres visuelles; 9^o 3 cas d'hémipopie corticale; 10^o 3 cas de tumeurs des fibres visuelles sans hémipopie; 11^o 2 cas de lésions corticales du lobe occipital sans hémipopie. — Examen de cerveaux de deux aphasiques et d'une sourde-muette, par LUYS. (*Soc. de biol.*, 21 mars.) — Sur un cas d'aphasie sensorielle, surdité et cécité verbales, par DEJERINE. (*Ibid.*, 14 mars.) — Sur un cas de cécité verbale avec agraphie; autopsie, par DEJERINE. (*Ibid.*, 21 mars.) — Surdité verbale, ramollissement de la première circonvolution sphénoïdale gauche, par NETTER. (*Ibid.*, 21 mars.) —

Aphasie sensorielle, cécité verbale et hémianopsie, par OSLER. (*Americ. J. of med. sc.*, mars.) — Un cas d'aphasie musicale motrice et sensorielle, par CANTALAMESSA. (*Sperimentale*, 15 février.) — Un cas d'aphasie fonctionnelle (mutisme), par GIBERT. (*Normandie méd.*, 1^{er} janvier.) — Affection de la région moyenne du cerveau, par SACHS. (*Americ. j. of med. sc.*, mars.) — Thrombose des artères vertébrale et basilaire, par HANDFORD. (*Nottingham med. chir. Soc.*, 4 février.) — Mort d'affection cérébrale sans symptômes, par TURNER. (*N. York med. Journ.*, 14 mars.) — Les cerveaux des microcéphales, par GIACOMINI. (*Arch. ital. de biol.*, XV, 1.) — Histoire d'une tumeur cérébrale, diagnostic, opération, par ANDERSON. (*Brit. med. Journ.*, 14 mars.) — Tumeurs cérébrales, observations, par STEDMAN. (*Boston med. Journ.*, 22 janvier.) — Tubercule cérébral rompu dans les ventricules, par LEGRAIN. Examen du pus, par DARIER. (*Soc. anat. Paris*, 30 janvier.) — Tumeur du cerveau sans symptômes caractéristiques, par TRAWBRIDGE. (*Journ. of nerv. and ment. dis.*, avril.) — Hémiplégie alterne, nystagmus, tumeur du pédoncule cérébral droit et de la couche optique droite, par VASSAL. (*Soc. anat. Paris*, 16 janvier.) — Adénome du corps pituitaire, par MAJOR. (*Lancet*, 24 janvier.) — Commotion cérébro-spinale, par BARBOUR. (*Journ. of nerv. dis.*, mars.) — Traitement des abcès cérébraux d'origine non traumatique, par RECLUS et FORGUE. (*Gaz. hebdom. Paris*, 14 février.) — Plaie du cerveau par balle de revolver, ricochet intra-crânien, mort par pneumonie, par DAGRON. (*Soc. anat.*, 20 février.) — Encéphalo-méningocèle traumatique, par BURTON. (*Lancet*, 10 janvier.) — Hydrocéphalie traumatique, par LUCAS. (*Lancet*, 17 janvier.) — Hydrencéphalocèle congénitale de la racine du nez, par BOTTEZ. (*Bull. Soc. méd., Jassy*, IV, 6.) — Drainage des ventricules cérébraux pour hydrocéphalie, par BROCA. (*Rev. de chir.*, janvier.) — Ponction des ventricules dans l'hydrocéphalie; mort au troisième jour; enfant de 14 mois, par CHAFFEY. (*Brit. med. J.*, 31 janvier.)

Cervelet. — Atrophie et sclérose du cervelet, par HAMMARBERG. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXII, 23.)

Césarienne (Op.). — Opération de Porro Müller pour malformation de l'utérus et du vagin, par ASHTON. (*Med. News*, 4 avril.) — Hémorragie extra-péritonéale pendant la grossesse, opération césarienne; mort, par BONTOR. (*Lancet*, 10 janvier.) — Tumeur des os du bassin, opération césarienne, guérison, par DE SWIECICKI. (*Gaz. hebdom. Paris*, 10 janvier.) — Opération césarienne, bassin rétréci, par BARTHOLOMEW. (*N. York med. Journ.*, 14 mars.) — Opération de Porro dans les Indes, par MACLAREN. (*Brit. med. Journ.*, 7 mars.) — Une opération césarienne, par GRANGER. (*Ibid.*) — Indications et technique de l'opération de Porro dans les déchirures utérines, par MERMANN. (*Arch. f. Gynæk.*, XXXIX, 3.) — Indications de l'opération de Porro, par VARNIER. (*Gaz. hebdom. de méd.*, 10 janvier.) — Méthodes modernes d'opération césarienne, par GALABIN. (*Hunterian Soc.*, 25 mars.)

Champignon. — L'hématine dans l'aspergillus niger, par LINOSSIER. (*Lyon méd.*, 8 mars.)

Charbon. — Etude expérimentale du charbon symptomatique, par ROGER. (*Rev. de méd.*, mars.) — Influence de l'hyperthermie expérimentale sur le développement du charbon chez les mammifères, par JOLYET et NABIAS. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 février.) — Nouvelles recherches sur la maladie charbonneuse, production expérimentale d'un charbon chronique, par PHISALIX. (*Arch. de méd. expér.*, III, 2.) — De la vaccination charbon-

neuse, par M^{me} METCHNIKOFF. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 3.) — La vaccination charbonneuse en Australie, par LOIR. (*Rev. scientif.*, 14 mars.)

Chirurgie. — L'état actuel de la chirurgie antiseptique, par WHITE. (*Brit. med. Journ.*, 10 janvier.) — Maison chirurgicale, compte rendu de la 1^{re} année d'exercice, par POULLET, LAGUAITE et RAFIN. (*Lyon méd.*, 12 avril.) — Chirurgie des chemins de fer, par HERRICK. (*N. York med. Journ.*, 7 mars.)

Chlorose. — Du traitement de la chlorose par le cuivre, par LIÉGEOIS. (*Rev. gén. de clin.*, n° 1, p. 4.)

Choléra. — Choléra dans le nord de la Syrie, par WORTABET. (*Lancet*, 10 janvier.) — Le choléra chez les coolies d'Assan, par DE RENZY. (*Lancet*, 11 avril.) — Notes sur le lavage du sang dans le traitement du choléra, par MOLINER. (In-8°, Valence.) — Le traitement du choléra infantile, par RHEINER. (*Therap. Monats.*, janvier.)

Chorée. — Un cas de chorée électrique, par POTT. (*Münch. med. Woch.*, 3 mars.) — Des paralysies et des amyotrophies dans la chorée de Sydenham, par PÉRISSE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Hémi-chorée de Sydenham chez une adulte, par SOLLIER. (*France méd.*, 30 janvier.) — Traitement et guérison de la chorée par l'application des courants continus, par GAUTIER. (*Rev. int. d'élect.*, janvier.)

Choroïde. — Sarcome blanc de la choroïde, par GAYET. (*Lyon méd.*, p. 202, 8 février.)

Chylurie. — Le traitement de la chylurie causée par les filaires dans le sang, par le thymol, par LAWRIE. (*Lancet*, 14 février.)

Circulation. — Traitement de la circulation faible, emploi de la strychnine par BRADFUTE. (*Med. News*, 3 janvier.) — Sur un cas de pouls lent permanent, par BOUCHARD et FAIDHERBE. (*Journ. sc. méd. Lille*, 30 janvier.)

Climat. — La Sicile comme climat d'hiver, par OWEN. (*Brit. med. J.*, 10 janvier.) — L'hiver dans les Alpes-Maritimes et dans la principauté de Monaco, par ONIMUS. (In-12, 588 p., Paris.) — Odessa station sanitaire, par TITZNER. (*Meditzina*, 5 et 6.) — Au sujet d'un projet d'organisation d'une station climatérique d'altitude sur la côte méridionale de la Crimée, par SKVORTZOFF. (*Ibid.*, 1.) — La station de Staraja Roussa pendant la saison de 1890, par GALDINSKY. (*Ibid.*, 2.) — Le climat de la Californie du sud, par GUNDRUM. (*Therap. Gaz.*, 16 mars.) — Arizona climat d'hiver pour les phthisiques, par LIGGETT. (*N. York med. Journ.*, 28 mars.)

Cœur. — Sur la reproduction, chez l'homme, de la formule aortique de l'Orang, du Gibbon, de tous les autres singes et des carnassiers, par LE DOUBLE. (*Bull. acad. de méd.*, 10 mars.) — Expériences pour décider si le cœur et le centre respiratoire, ayant cessé d'agir, sont irrévocablement morts, par ARNAUD. (*Arch. de phys.*, III, 2.) — Sur la suspension des mouvements rythmiques des ventricules cardiaques, par GLEY. (*Soc. de biol.*, 14 février.) — Histologie normale et pathologique du péricarde, par LACROIX. (*Thèse de Lyon.*) — Du frottement péricardique, de sa valeur séméiologique et de ses diverses modifications sous l'influence des mouvements respiratoires, par CHABALIER. (*Rev. de méd.*, mars.) — Péricardite purulente, ponction, guérison, par STOLL. (*St-Louis med. Journ.*, janvier.) — Pus dans le péricarde, incision, drainage, par BRONNER. (*Brit. med. Journ.*, 14 février.) — Traitement de la péricardite purulente, par WEST. (*Ibid.*, 21 février.) — Traitement de la péricardite par incision, par DAVIDSON.

(*Ibid.*, 14 mars.) — Un cas d'anomalie de position du cœur, par ARNAUD. (*Soc. de biol.*, 10 janvier.) — Maladie bleue, communication interventriculaire, absence d'artère pulmonaire, artères bronchiques, par CHARRIN. (*Arch. de phys.*, III, 1.) — Communication des ventricules du cœur sans cyanose, dilatation des artères pulmonaires, endartérite pulmonaire, par M^{me} WILBOUSCHEWITZ. (*Soc. anat. Paris*, janvier, p. 50.) — Malformation du cœur, rétrécissement de l'artère pulmonaire, inoclusion du septum ventriculaire, origine de l'aorte sur les deux ventricules, tuberculose pulmonaire, par MACAIGNE. (*Ibid.*, 9 janvier.) — Bruits du cœur perceptibles à distance, par MOORE. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVI, p. 165.) — Sur les affections du cœur, au point de vue du pronostic, par BROADBENT. (*Brit. med. Journ.*, 21 mars.) — Maladies du cœur et névroses, par HUC. (*Thèse de Paris*, 9 avril.) — Myocardite segmentaire, par ARTAUD. (*Lyon méd.*, p. 274, 22 février.) — Etude de la dyspnée cardiaque, par KAUDERS. (*Wien. klin. Woch.*, 26 février.) — Myocardite aiguë rhumatismale et dothiénentérique, le cœur douloureux, par PETER. (*Semaine méd.*, 14 mars.) — Endocardite aiguë, par TAYLOR. (*Boston med. Journ.*, 12 février.) — De l'endocardite infectieuse, par RENDU. (*Bull. méd.*, 21 février.) — Sur l'endocardite puerpérale droite et sur ses complications pulmonaires subaiguës, par LUZET et ETLINGER. (*Arch. gén. de méd.*, janvier.) — L'insuffisance aortique artérielle, par HUGHARD. (*Semaine méd.*, 18 février.) — De l'insuffisance aortique d'origine artérielle, par JACQUET. (*Thèse de Paris*, 29 janvier.) — Les pulsations hépatiques dans l'insuffisance aortique, par LIMPEROPOULO. (*Thèse de Paris*, 14 janvier.) — Insuffisance aortique par symphyse à la paroi d'une des valvules sigmoïdes, par ACHALME. (*Bull. Soc. Anat. Paris*, janvier, p. 55.) — Du souffle en arrière, comme signe de l'insuffisance mitrale, par DUROZIEZ. (*Union médicale*, 3 janvier.) — Rétrécissement et insuffisance tricuspidiens d'origine rhumatismale avec lésions mitrale et aortique, par COLLINET. (*Soc. anat.*, février, p. 129.) — Le cerveau cardiaque, par HUGHARD. (*Bull. méd.*, 4 mars.) — Sclérose des artères coronaires, par E. FRÄNKEL. (*Soc. méd. de Hambourg*, 21 octobre 1890.) — Observation de tachycardie guérie par l'électricité et les hautes doses de belladone, par OLIVER. (*Brit. med. J.*, 31 janvier.) — Les tachycardies symptomatiques, par LYON. (*Ann. de méd.*, 28 janvier.) — Diagnostic précoce des cardiopathies par l'examen ophtalmoscopique, par VALUDE. (*Gaz. des hôp.*, 29 janvier.) — Observation de tachycardie essentielle paroxystique, par DOUILLET. (*Dauphiné méd.*, 1^{er} février.) — Observation montrant l'efficacité ou non de la digitale dans le traitement des divers stades des affections valvulaires, par HENRY. (*Med. News*, 3 janvier.) — Un cas de luxation du cœur (arrachement), par HEINLEIN. (*Int. klin. Rundschau*, n° 2.)

Conjonctive. — Répartition géographique du trachome; immunité relative de la race celte, par CHIBRET. (*Ann. d'ocul.*, janvier.) — Action du calomel sur la conjonctive des malades soumis au traitement ioduré, par PIÉDALLU. (*Soc. de thérap.*, 11 mars.)

Contagion. — Du rôle de la convalescence dans la propagation des maladies transmissibles, par MARTIN. (*Thèse de Lyon*.)

Coqueluche. — Trois cas d'infection secondaire dans le cours de la coqueluche, par HAUSHALTER. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 21, p. 656, 1890.) — Un cas de coqueluche compliqué de pneumonie et de convulsions; traitement par les bains froids, par LEROUX. (*France méd.*, 9 janvier.) — Cécité aiguë transitoire et coqueluche, par JACOBY. (*N. York med. Journ.*, 28 février.)

Cordon ombilical. — Nœud du cordon ombilical, mort du fœtus, par BERNARD. (*Lyon méd.*, 15 mars.)

Cornée. — Les nerfs de la cornée, par DOGUET. (*Westnik ophtalm.*, janvier.) — De certaines formes de kératites consécutives à des altérations légères du nerf trijumeau, par BONNARD. (*Thèse de Paris*, 5 mars.) — Kératite neuromyotique, examen microscopique de l'œil malade, par DE SCHWEINITZ. (*Arch. of ophth.*, XX, 1.) — Des inflammations ossifiantes de la cornée, par MANZ. (*Wiener med. Woch.*, 17 janvier.) — L'acide borique et le massage dans le pannus, par HOLMES. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 17 janvier.) — La pyocétanine dans le traitement des kératites, par DUJARDIN. (*Journ. sc. méd. Lille*, 13 février.)

Corps étranger. — Traitement des corps étrangers du larynx et de l'œsophage, par SIMON. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, janvier.) — Corps étranger de la trachée chez un enfant d'un an; trachéotomie, difficultés d'enlèvement de la canule, par CONSTANTIN. (*Soc. d'anat. Bordeaux*, 19 janvier.) — Diagnostic des corps étrangers des bronches, par SPRENGEL. (*Cent. f. Chir.*, 4 avril.) — Corps étranger ayant séjourné 2 ans et demi dans les voies aériennes, par SCHÆFER. (*Therap. Monats.*, mars.) — Un cas de corps étranger des voies aériennes, bronche droite, par NIEMEYER. (*Ibid.*, janvier.) — Corps étranger métallique de l'œil, exentération du globe, guérison, par LAGRANGE. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 février.) — Corps étranger logé dans l'orbite depuis 46 ans, pointe de couteau, par HIGGENS. (*Lancet*, 10 janvier.) — Corps étranger de l'orbite, par GAYET. (*Lyon méd.*, 25 janvier.) — Corps étrangers dans le nez chez les enfants, pris pour du catarrhe nasal, par JOHNSTON. (*Med. News*, 17 janvier.) — Corps étranger du nez, par PULLEN. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVI, p. 274.) — Sur l'extirpation des corps étrangers de l'oreille, par CRÉQUY. (*Gaz. des hôp.*, 6 janvier.) — Corps étranger de la caisse du tympan, par FICANO. (*Boll. mal. dell' orecchio*, janvier.) — Sur le traitement opératoire des corps étrangers de la cavité du tympan; importance de l'examen ophtalmoscopique, par ZAUFAL. (*Ann. mal. de l'or.*, mars.) — Deux cas de corps étrangers de la vessie, par STUMPF. (*Cent. f. Gynæk.*, 14 février.) — Sur quelques cas de corps étrangers de la vessie, par BAZY. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, janvier.) — Corps étranger du genou et taille articulaire, par DUDON. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 février.) — Corps étranger de l'aisselle, dent de fourche mesurant 15 centimètres, par A. PONCET. (*Gaz. des hôp.*, 20 janvier.)

Crâne. — Notes sur les crânes des Indiens de l'Amérique du Nord, par SHUFELDT. (*Journ. of anat.*, janvier.) — Deux faits crâniologiques trouvés chez quelques mammifères, par MAGGI. (*Boll. scient.*, XI, 4, et *Arch. ital. de biol.*, XV, 1.) — Les progrès de la topographie crânio-cérébrale, applications à la trépanation du crâne, par DEBIERRE. (*Gaz. hebdom. Paris*, 4 avril.) — La topographie crânio-encéphalique et les nouvelles opérations en chirurgie crânio-cérébrale, par RIEFFEL. (*Gaz. des hôp.*, 7 mars.) — Plaie mortelle du crâne par balle de revolver, par SWAIN. (*Brit. med. Journ.*, 7 février.) — Fracture du crâne par arme à feu. Lésions multiples et indépendantes, par HACHE. (*Union méd. Nord-Est*, n° 1.) — Hernie cérébrale avec paralysie motrice, suite de fracture du crâne; guérison partielle, par CREAGH. (*Lancet*, 21 février.) — Deux cas de résection temporaire du crâne, par WAGNER. (*Cent. f. Chir.*, 10 janvier.) — Des lésions pulmonaires consécutives aux traumatismes du crâne, par FLATTEN. (*Viertelj. f. ger. Med.*, LIII, p. 248.) — Deux cas de fracture de la base du crâne, par HUSSENET. (*Arch. de méd. milit.*, février.) — Forme d'hypertrophie du crâne

suivant la distribution de la 5^e paire, par THOMSON. (*Edinb. med. Journ.*, janvier.) — Néoplasme intracranien avec symptômes oculaires localisés position de la tumeur vérifiée à l'autopsie, par OLIVER. (*Arch. of opht.*, XX, 1.) — Fibrome congénital du vertex contenant du cartilage et accompagné d'hypertrichose, par J. ARNOLD. (*Beit. zur pathol. Anat. von Ziegler.* VIII, 1.) — De la pneumatocèle syncipitale, par VON HELLY. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 3.)

Crétinisme. — Crétinisme sporadique, par RAILTON. (*Brit. med. Journ.*, 28 mars.)

Criminel. — Anomalies du cerveau et du crâne chez les criminels, par BENEDIKT. (*Wiener med. Blätter*, 1^{er} janvier.) — Nos criminels et la doctrine de Lombroso, par ORNATSKY. (*Saint-Petersbourg*.)

Cristallin. — Déplacement congénital des deux papilles, par BAXTER. (*Arch. of opht.*, XX, 1.) — Georges Heuermann, sa description allemande de l'opération de la cataracte (1756) et de l'opération de Sæmisch (1765), par GORDON NORRIE. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, septembre 1890.) — 25 cas d'extraction de cataracte, par MINOR. (*Arch. of opht.*, XX, 1.) — A propos du mécanisme de l'infection après l'opération de la cataracte, par CHIBRET. (*Rev. gén. d'opht.*, X, 1.) — Sur 49 opérations de cataracte, par DESCHAMPS. (*Dauphiné méd.*, mars 1890.) — Tampons oculaires pour le pansement de la cataracte, par FOX. (*Med. News*, 28 mars.) — Hernie de l'iris survenue le 3^e jour après une opération de cataracte sans iridectomie, réduction de la hernie, guérison, par HARLAN. (*Arch. of opht.*, XX, 1.) — Hémorragie dans le corps vitré après une opération de cataracte, par KNAPP. (*Ibid.*, XX, 1.) — Luxation rare du cristallin et décollement traumatique du corps ciliaire, par ROSSIGNEUX. (*Province méd.*, 21 février.) — Plaie de l'œil, luxation sous-ténonienne du cristallin, par ROSSIGNEUX. (*Lyon méd.*, 15 mars.)

D

Dégénérescence. — Une forme de dégénérescence hyaline, par EDINGTON. (*Brit. med. j.*, 17 janvier.)

Dent. — Sur la distribution mathématique de l'émail dentaire, par GRASSET. (*Thèse de Genève et Int. Monat. f. Anat.*, VIII, 2.) — Examen médico-légal de la dentition dans les questions d'identité, par MERCIOLLE. (*Thèse de Lyon*.) — Dentition précocce, deux incisives à la naissance, par BONAUD. (*Lyon méd.*, 18 janvier.)

Désinfection. — Valeur des moyens de désinfection par températures élevées, par HEIDER. (*Cent. f. Bakteriolog.*, IX, 7.) — Désinfection des milieux imprégnés de virus tétanique, par BOMBICCI. (*Sperimentale, mem. orig.*, XLV, 1.)

Diabète. — Sur la pathogénie du diabète consécutif à l'extirpation du pancréas, par LÉPINE. (*Arch. de méd. expér.*, III, 2.) — La pathogénie du diabète, par LÉPINE. (*Rev. scientif.*, 28 février.) — Sur la pathogénie du diabète, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, 25 janvier.) — Du diabète pancréatique, par RENDU. (*Semaine méd.*, 25 mars.) — Sur le pouvoir glycolytique dans l'hyperglycémie, par LÉPINE et BARRAL. (*Lyon méd.*, 5 avril.) — Varia-

tions du nombre des leucocytes chez les diabétiques, par HABERSHON. (*St.-Barthol. hosp. Rep.*, XXVI, p. 153.) — Glycosurie et diabète, par MORITZ. (*Münch. med. Woch.*, 6 janvier.) — Note à propos du diabète, par ARNAUD. (*Acad. des sc.*, 26 janvier.) — De la chute spontanée des ongles chez les diabétiques, par AUCHÉ. (*Journ. méd. Bordeaux*, 11 janvier.) — Un cas de diabète insipide, impuissance paralytique, aspermatisme, par K.-E. LINDEN. (*Finska lakar. handlingar*, XXXIII, 1.) — Deux cas de diabète insipide, par EDGREN. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXII, 26.) — Diabète insipide syphilitique, par OBOLENSKI. (*Wratch*, n° 1.) — Du régime alimentaire dans la glycosurie, par DUHOMME. (*Soc. de théér.*, 25 février.) — Traitement du diabète par le jambul, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Soc. de théér.*, 11 février.) — Quelques points de la pathologie et du traitement du diabète, par WRIGHT. (*Brit. med. j.*, 11 avril.) — Influence de certaines substances médicamenteuses, en particulier de l'extrait de valériane, sur la destruction de la glycose dans le sang, par BUTTE. (*Soc. de biol.*, 24 janvier.) — Sur la valeur thérapeutique de l'eugenia jambolana dans le traitement du diabète sucré, par VILLY. (*Bull. de théér.*, 30 janvier.)

Digestion. — Digestion, assimilation et oxydation, conditions normales et anormales à l'état de santé et de maladie, par PORTER. (*Med. News*, 10 janvier.) — De la digestion des graisses, par DASTRE. (*Arch. de phys.*, III, 1.)

Diphthérie. — De la diphthérie, par MOREL. (*Thèse de Paris*, 4 mars.) — Un cas de diphthérie venant du chat, par COLEMAN. (*N. York med. record*, p. 492, 1^{er} novembre 1890.) — De la diphthérie, histoire naturelle et prophylaxie, par THORNE. (*Brit. med. J.*, 21 février.) — Situation actuelle de la question de la diphthérie sous le rapport étiologique et thérapeutique, par EIGER. (*Meditzina*, 1 et 2.) — Sur quelques cas de diphthérie observés à Besançon, par HEITZ. (*Broch. Besançon*.) — Lutte contre les maladies contagieuses (spécialement contre la diphthérie et la scarlatine, dans les villes, par MAX FLESCHE. (*Frankfort-s.-M.*) — De la diphthérie. De l'examen bactériologique de la fausse membrane diphthéritique; son importance au point de vue du diagnostic, par PERRET. (*Thèse de Paris*, 18 février.) — Altération des cellules hépatiques dans la diphthérie expérimentale, par DUBIEF et BRUHL. (*Soc. de biol.*, 21 février.) — Des complications articulaires consécutives aux angines et en particulier à l'angine diphthéritique, par MASSON. (*Thèse de Lyon*.) — De la mort par la diphthérie, par HUGUENIN. (*Gaz. des hôp.*, 14 mars.) — Causes de la mort dans la diphthérie, par SYMPSON. (*Practitioner*, janvier.) — Diphthérie et gangrène, par GIRODE. (*Rev. de méd.*, janvier.) — Sur la thérapeutique de la diphthérie, par SMAKOVSKY. (*Meditzina*, 3.) — Causes et traitement de la diphthérie, par W. MUNN. (*Med. News*, p. 257.) — 22 cas de diphthérie avec trachéotomie, par OGLE et WILLOUGHBY. (*St Barthol. hosp. Rep.*, XXVI, p. 173.) — 300 cas de tubage du larynx dans le croup, par BROWN. (*Amer. J. of med. sc.*, avril.) — Tubage du larynx dans le croup, statistique de 68 cas traités par cette méthode, par JACQUES. (*Rev. mal. de l'enf.*, janvier.) — Le tubage du larynx dans la diphthérie, par PAULI. (*Therap. Monats.*, janvier.)

Dysenterie. — Pathogénie de la dysenterie par les amibes, par KARTULIS. (*Cent. f. Bakt.*, IX, 11.)

E

Eau. — Étude des eaux d'Alger, par PÉRÉ. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 2.)

Eaux minérales. — Du mercure dans les eaux de Saint-Nectaire-le-Haut, par CATHELINÉAU. (*Ann. de dermat.*, II, 2.) — Les applications de la méthode analytique à l'étude de la thérapeutique thermale, par DURAND-FARDEL. (*Rev. d'hyg. therap.*, mars.) — Renseignements sur les eaux, les boues minérales, les bains de mer et les stations climatiques de la Russie, par KOULIABKO-KORETSKY. (*Saint-Petersbourg*, 1890.)

Eclampsie. — Théorie de l'éclampsie, par HERFF. (*Munch. med. Woch.*, 3 février.) — Eclampsie post partum, athérome multiple, mort, par DAVIS. (*N. York med. Journ.*, 21 mars.) — Cas d'éclampsie très grave, sans albuminurie, consécutif à l'accouchement, crises subintrantes, injections sous-cutanées d'éther, guérison, par PERRON. (*Lyon méd.*, 15 mars.) — Le traitement de l'éclampsie par le chloral, par FEENY. (*Lancet*, 14 février.)

Eczéma. — Sur les rapports de l'eczéma et du psoriasis, par MOURIER. (*Thèse de Lyon*.) — Rapports de l'eczéma avec les troubles du système nerveux, par BULKLEY. (*Med. News*, 31 janvier.) — De l'eczéma des blanchisseuses, par PURDON. (*Brit. Journ. of dermat.*, mars.) — De l'eczéma séborrhéique des lèvres, par DUBREUILH. (*Journ. méd. Bordeaux*, 18 janvier.) — Eczéma séborrhéique, par ELLIOT. (*N. York med. Journ.*, 14 février.) — Un cas d'eczéma aigu à la Bourboule, par NICOLAS. (*Union médicale*, 3-5 avril.)

Électricité. — Des travaux récents d'électrothérapie, revue par MÆBIUS. (*Schmidt's Jahrb.*, n° 1.) — Le bain électrique, par STEAVENSON. (*Lancet*, 28 mars.) — Observation d'un homme frappé par l'électricité, guérison, par PALMER. (*Boston med. Journ.*, 5 mars.) — L'emploi de l'électricité dans les maladies de la gorge, par MACINTYRE. (*Journ. of laryng.*, février.) — Le traitement des maladies des femmes par l'électricité, par OSTERLOH. (*Schmidt's Jahrb.*, n° 1.)

Éléphantiasis. — Éléphantiasis congénital des membres inférieurs chez plusieurs sujets appartenant à une même famille, par HONNE. (*Soc. méd. de Hambourg*, 15 juillet 1890.)

Embryologie. — Processus de gastrulation chez *Lacerta agilis*, par WENCKEBACH. (*Anat. Anzeiger*, VI, 2.)

Emphysème. — Emphysème généralisé après une fracture de côtes, par PEMBERTON. (*Lancet*, 21 février.)

Empoisonnement. — Un cas d'empoisonnement par la cocaïne, par FISCHER. (*Therap. Monats.*, mars.) — Tentative d'asphyxie par les vapeurs de charbon, emphysème sous-cutané et hémiplegie hystérique consécutifs, par DUPONCHEL. (*Gaz. hebdomadaire Paris*, 21 février.) — Empoisonnement aigu par l'alcool, mort, par BÆTTRICH. (*Therap. Monats.*, février.) — Empoisonnement par le bromoforme, par PANNWITZ. (*Ibid.*, janvier.) — 4 cas d'intoxication iodoformique, par R. GERLACH. (*Med. News*, 7 mars, p. 273.) — Empoisonnement par le chloral, par WELCH. (*Lancet*, 4 avril.) — Empoisonnement par l'antipyrine, par BIGGS. (*N. York med. Journ.*,

10 janvier.) — Empoisonnement par les vapeurs de nitro-benzol et les fumées de dynamite en ignition, par THOMPSON. (*Brit. med. J.*, 11 avril.) — Empoisonnement par la roburite, par SPURGIN. (*Ibid.*) — Observation d'hémoglobinémie et d'hémoglobinurie suite d'empoisonnement par acide phénique, par KRUKENBERG. (*Zeit. f. Geburts*, XXI, 1.) — Empoisonnement par le calomel, par POLLAK. (*Therap. Monats*, février.) — Sur une variété rare d'intoxication mercurielle, par LANCEREAUX. (*Gaz. des hôp.*, 16 avril.) — Empoisonnement aigu par le chlorure de baryum, par OGIER et SOCQUET. (*Soc. de méd. légale*, 12 janvier.) — Sur l'intoxication par les moules, par JOURDAIN. (*Acad. des sc.*, 12 janvier.)

Enfant. — Études de clinique infantile, par SEVESTRE. (In-8°, 2^e fasc. Paris.) — Méthodes de rappel à la vie des nouveau-nés, par LUSK. (*Americ. Journ. of med. sc.*, février.) — Compte rendu du service chirurgical et orthopédique des enfants assistés, par KIRMISSON. (*Rev. d'orthop.*, II, 1.) — Nouveau fait relatif aux échanges entre la mère et le fœtus, par WERTHEIMER et MEYER. (*Arch. de phys.*, III, 1.) — De la contagion des maladies infectieuses chez les enfants, par CADET DE GASSICOURT. (*La Médecine moderne*, 1^{er} janvier.) — Condensation de la nourriture de l'enfant, par NIAS. (*Practitioner*, janvier.) — Remarques sur la sécrétion lactée chez les nouveau-nés, par VARIOT. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 juillet.) — Les céphalées dans l'enfance, par SIMON. (*Gaz. des hôp.*, 24 mars.) — Deux cas de convulsions épileptiformes dans la tendre enfance, par BISSELL. (*Journ. of nerv. dis.*, mars.) — Paralysie cérébrale et polymyélie infantile, par FREUD et RIE. (*Wiener med. Woch.*, 31 janvier.) — De l'hystérie infantile, par BURNET. (*Thèse de Paris*, 25 février.) — Hémi-tremblement rythmique du côté gauche chez un enfant, plaques ecchymotiques de la dure-mère, congestion intense de la pie-mère, par VARIOT et PAPILLON. (*Arch. de phys.*, III, 1.) — La polyadénie périphérique et sa valeur au point de vue du diagnostic de la tuberculose infantile, par MIRINESCU. (*Rev. mal. de l'enf.*, mars.) — Tuberculose chez les enfants, infection primitive dans les ganglions bronchiques, par NORTHRUP. (*N. York med. Journ.*, 21 février.) — Sur les lésions, les causes et la prophylaxie de la broncho-pneumonie, par MOSNY. (*Rev. mal. de l'enf.*, février.) — Étude sur cent cas de pneumonies chez les enfants, par W. STOWELL. (*N. York med. Record*, p. 485, 1^{er} novembre 1890.) — Bronchiectasie chez les jeunes enfants, par CARR. (*Practitioner*, février.) — Pleurésies qui accompagnent le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant, par Mlle ASCHPIZ. (*Thèse de Paris*, 18 mars.) — Deux cas d'adénopathie trachéo-bronchique avec hémoptysies foudroyantes, par ALDIBERT. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, février.) — Traitement de l'asthme chez les enfants, par BLACHE. (*Bull. méd.*, 14 janvier.) — Observation et autopsie d'un cas de cyanose chez un enfant. Traitement de la cyanose, par J. SIMON. (*Union médicale*, 10 janvier.) — Leucocythémie chez l'enfant, par THOMSON. (*Americ. J. of med. sc.*, avril.) — Cirrhose du foie chez un enfant, symptômes nerveux mortels, par OSMEROD. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVI, 57.) — Des cirrhoses hépatiques de l'enfance, par BLANCHE EDWARDS. (*Progrès médical*, 10 janvier.) — Kystes séreux du foie chez un fœtus à terme, affecté de vices de conformation multiples, par GUÉNIOT. (*Bull. acad. de méd.*, 27 janvier.) — L'albuminurie chez les enfants, par HERRINGHAM. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVI, 25.) — Mal de Bright survenant chez deux enfants au cours d'un purpura rhumatoïde, par MOSNY. (*Rev. mal. de l'enf.*, février.) — La colique appendiculaire dans ses rapports avec l'appendicite, par LEROUX. (*Rev. mal. de l'enf.*, janvier.) — Mal de Bright survenant chez deux enfants au cours d'un purpura rhumatoïde, par MOUSSOUS. (*Ibid.*, février.) — Appendicite, typhlite et pérityphlite chez

les enfants, par L. SMITH. (*N. York med. Record*, p. 645, 6 décembre 1890.) — La colite des enfants, par FRENCH. (*Journ. med. Ass.*, 17 janvier.) — Erysipèle des nouveau-nés, par MOREL. (*Soc. Anat. Paris*, 9 janvier.) — Traitement des corps étrangers de l'œsophage chez les enfants, par POLIKIER. (*Rev. mal. de l'enf.*, janvier.) — Invagination aiguë chez un enfant de 4 ans; résection; mort de choc 24 heures après l'opération, par LOKWOOD. (*London clin. Soc.*, 9 janvier.) — Invagination chez un enfant de 9 mois; laparotomie; guérison, par MARSH. (*Lancet*, 14 février.) — La cure radicale des hernies chez les enfants, par O'NEILL. (*Brit. med. J.*, 7 février.) — Les indications de la cure radicale chez les enfants, par PARKER. (*Ibid.*) — Sur 4 cas de calculs de la vessie chez les enfants, par CALLIONZIS. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, avril.) — Litholapaxie chez l'enfant, par KEEGAN. (*London med. Soc.*, 15 mars.) — De la taille haute chez l'enfant, par ALEXANDROW. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 4.) — Prolapsus du rectum chez l'enfant, par PHOCAS. (*Gaz. des hôp.*, 3 mars.) — Sur le traitement des tumeurs blanches du genou dans l'enfance, par PLICQUE. (*Gaz. des hôp.*, 10 janvier.) — Tuberculoses localisées multiples, tumeur blanche tibio-tarsienne, par PHOCAS. (*Rev. mal. de l'enf.*, mars.) — Lymphome malin chez un enfant de 3 ans 1/2, par CZERNY. (*Prager med. Woch.*, 18 février.) — Sur la tuberculose du testicule chez les enfants, par HUTINEL et DESCHAMPS. (*Arch. gén. de méd.*, mars.)

Épilepsie. — De la perte de connaissance dans l'épilepsie après l'ablation du ganglion cervical supérieur du grand sympathique des deux côtés chez l'homme et chez le cobaye, par BROWN-SÉQUARD. (*Arch. de phys.*, III, 1.) — Le soin des épileptiques pauvres dans le Massachussets, par BULLARD. (*Boston med. J.*, 8 janvier.) — Sur une pseudo-crampe des écrivains, de nature épileptique, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 10 janvier.) — Sur l'apathie épileptique, par FÉRÉ. (*Rev. de méd.*, mars.) — Imbécillité, épilepsie, syphilis héréditaire, mort à 15 ans de broncho-pneumonie tuberculeuse, par LEGRAIN. (*Soc. Anat.*, 6 mars.) — De l'épilepsie partielle d'origine sous-corticale, contribution à l'étude des localisations cérébrales, par DUFLOCC. (*Rev. de méd.*, février.) — Traitement de l'épilepsie idiopathique, par FORGUE. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, 4 avril.) — Traitement de l'épilepsie par l'emploi combiné des bromures et d'un agent organique capable d'anémier les centres nerveux, fève de Calabar, picROTOXINE, belladone et quelquefois digitale, par POULET. (*Bull. de théor.*, 15 mars.) — Hydrate d'amylène contre l'épilepsie, par DREWS. (*Munch. med. Woch.*, 27 janvier.) — Trépanation pour épilepsie, réapplication de la rondelle osseuse, par WEIR. (*N. York Acad. of med.*, 12 janvier.) — Épilepsie traumatique, trépanation, guérison, par CANT. (*Lancet*, 7 mars.)

Erysipèle. — De l'érysipèle à répétition, par CACHERA. (*Thèse de Paris*, 7 janvier.) — Les érysipèles à la salle J.-L. Petit, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, 7 février.) — De la non-spécificité de l'érysipélococcus, par FRENKEL. (*Soc. méd. de Hambourg*, 1^{er} juillet 1890.) — Traitement de l'érysipèle, par GOTSTEIN. (*Therap. Monats.*, avril.)

Estomac. — Découvertes contemporaines relatives aux maladies des voies digestives, par COUTARET. (*Lyon méd.*, 15 février.) — Des terminaisons nerveuses dans la muqueuse de l'estomac, par CAPPARELLI. (*Biol. Centralbl.*, XI, 1.) — De la valeur digestive des acides, par THOYER. (*Soc. de biol.*, III, 6.) — Du chimisme stomacal chez les nourrissons, par CLOPATT. (*France méd.*, 3 avril.) — Du chimisme stomacal; ses applications à la physiologie de la digestion et à l'étude des dyspepsies, par LYON. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Procédé rapide pour l'examen du suc gastrique,

par BRUNON. (*Normandie méd.*, 1^{er} février.) — Contribution à l'étude de la teneur du contenu stomacal en acide chlorhydrique, par BOAS. (*Centr. f. klin. Med.*, n° 2.) — Remarques sur la recherche de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, par E. SALKOWSKI. (*Ibid.*, n° 5.) — L'oxygène dans le traitement des maladies de l'estomac; méthodes d'étude du suc gastrique, influence de HCl libre sur la digestion stomacale, par LANDI. (*Riv. gen. ital. di clin. med.*, n° 4.) — Les divers facteurs de l'acidité gastrique, par MATHIEU et RÉMOND. (*Gaz. des hôp.*, 17 février.) — Contribution à l'étude de la transformation du sucre de canne dans l'estomac, par FERRÉ. (*Journ. méd. Bordeaux*, 1^{er} mars.) — Entasis et dyspepsie entasique, par COUTARET. (*Gaz. des hôp.*, 19 février.) — Quelques cas de dyspepsie gastrique, par PROUST. (*Gaz. des hôp.*, 13 janvier.) — Le traitement des dyspepsies chroniques par le massage, par SEDAN. (*Gaz. des hôp.*, 16 avril.) — De la médication acidule, par COUTARET. (*Bull. de therap.*, 30 janvier.) — Induration fibroïde de l'estomac, péritonite chronique et ascite, par OLIVER. (*Edinb. med. Journ.*, mars.) — De l'ulcère chronique de l'estomac, par SAUNDBY. (*Lancet*, 14 février.) — Deux cas d'ulcère perforant de l'estomac avec signes trompeurs, par DICKINSON et EWART. (*Lancet*, 7 mars.) — Cancer en nappe de l'estomac, atrophie congénitale du cœur, par RAOULT. (*Soc. anat. Paris*, 9 janvier.) — Cancer et rupture de l'estomac après ingestion d'une potion de Rivière, par DURAND. (*Lyon méd.*, 18 janvier.) — Hémorragie profuse de l'estomac à la suite d'une plaie de la muqueuse par un morceau de verre, par HEILBRUN. (*Cent. f. Chir.*, 7 février.) — Rétrécissement du pylore, suite d'empoisonnement par l'acide chlorhydrique, opération de Loreta, amélioration, par WHITE et LANE. (*London clin. Soc.*, 13 février.) — Un cas de gastrostomie, par ROPE. (*Lancet*, 7 février.) — Sur la gastrostomie dans le cancer de l'œsophage, par HARTMANN. (*Soc. anat.*, 20 février.) — Deux cas de gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage, par SOUTHAM. (*Lancet*, 3 janvier.) — Gastrostomie, ablation d'une brochette avalée et ayant pénétré dans la paroi thoracique, guérison, par LAWSON. (*Lancet*, 31 janvier.) — Gastro-entérostomie, par KILNER CLARKE. (*Brit. med. J.*, 11 avril.) — Ulcère de l'estomac simulant un cancer du pylore, gastro-entérostomie, mort, par SAINSBURY. (*Lancet*, 3 janvier.) — Cancer du pylore, gastro-entérostomie, guérison, par BROOKHOUSE et TAYLOR. (*Lancet*, 28 mars.)

Exanthème. — Éruption vésiculaire produite par l'antipyrine, par VEIEL. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 1.)

F

Face. — Tendance à la rougeur du visage comme cause de modifications morbides, par HUTCHINSON. (*Brit. Journ. of dermat.*, janvier.)

Fibrome. — Tumeur fibromateuse de la peau du cou, par SMITH et WILLETTE. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVI, p. 147.)

Fièvre. — Étude du processus fébrile, par CAVALERO et RIVA ROCCHI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXIV, 4.) — Sur la fièvre aseptique consécutive à l'oblitération vasculaire, par MONTALTI. (*Thèse de Lyon*.)

Fièvre jaune. — Vaccination de la fièvre jaune, par FREIRE. (*Bull. méd.*, 11 mars.)

Fistule. — Opération des fistules cervico-vésicales, par BAUMM. (*Arch. f. Gynäk.*, XXXIV, 3.) — 36 nouveaux cas de fistules cervicales utérines : 24 vésicales, 8 vaginales, par NEUGEBAUER. (*Ibid.*) — Traitement nouveau de la fistule recto-vaginale, par FÉLIZET (*Ann. de Gynéc.*, janvier.) — Traitement des fistules recto-vaginales inférieures, par BAZY. (*France méd.*, 6 février.) — Traitement de la fistule vésico-vaginale, par BOND. (*Journ. amer. med. Assoc.*, p. 316.)

Foie. — L'origine du foie, par SHORE. (*Journ. of anat.*, janvier.) — Des fibres perforantes du foie et de la rate, par OPPEL. (*Anat. Anzeiger*, VI, 6.) — Des causes des bruits du souffle artério-hépatique, par GATTI. (*Sperimentale*, n° 1.) — Sur l'état de la fonction glycogénique du foie au moment de la mort dans quelques maladies, par BUTTE (*Arch. de phys.*, III, 2.) — L'urobilinurie dans l'ictère, par MYA. (*Riv. gen. ital. di clin. med.*, 15 mars.) — Un cas d'ictère fébrile à rechute par DEBOVE. (*Gaz. des hôp.*, 15 janvier.) — Quelques faits d'ictère infectieux, par GRODE. — *Arch. gén. de méd.*, janvier.) — De l'ictère catarrhal, d'après la pathologie générale de l'ictère hépatogène, par NOTHNAGEL. (*Wiener med. Woch.*, 3 janvier.) La maladie de Weil, par CHÉRON. (*Gaz. des hôp.*, 14 février.) — Cirrhose biliaire aiguë, par DRUMMOND. (*Brit. med. J.*, 31 janvier.) — Le foie cardiaque, par PARMENTIER. (*Gaz. des hôp.*, 28 février.) — De la cirrhose cardiaque, par BARTH. (*Gaz. méd. Paris*, 10 janvier.) — Pseudo-leucémie avec cirrhose du foie, à accès fébriles récidivants, par STANISLAUS KLEIN. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 août 1890.) — De la cirrhose du foie, par KÄHLER. (*Wiener med. Blätter*, 2 avril.) — Des hémorragies gastro-intestinales profuses dans la cirrhose hépatique et dans diverses maladies du foie, par DEBOVE et COURTOIS-SUFFIT. (*Soc. méd. des hôp.*, 17 octobre 1890.) — Des hémorragies gastro-intestinales profuses dans la cirrhose et diverses maladies du foie, par EHRHARDT. (*Thèse de Paris*, 9 avril.) — Traitement des coliques hépatiques par l'huile d'olive, par WILLEMEN. (*Bull. de thérap.*, 30 mars.) — Traitement de l'accès douloureux de la colique hépatique, par LEMOINE. (*Bull. méd. du Nord*, n° 1; p. 21.) — Infection hépatique secondaire à streptocoques chez un phthisique, par MÉNÉTRIÉR et THIÉROIS (*Soc. anat. janvier*, p. 84.) — Abscès du foie, par TOUSSAINT. (*Lyon méd.*, p. 203, 8 février.) — Lithiase biliaire et abcès du foie, par JEANNIN. (*Ibid.*) — Abscès du foie, par CLAISSE. (*Soc. anat. Paris*, 9 janvier.) — Hépatite suppurée, abcès miliaires et collectés, abcès des poumons, encéphalite suppurée, irruption du pus dans les ventricules, par LEGRAIN. (*Ibid.*, 30 janvier.) — Présence du *bacterium coli* commune dans un abcès dysentérique du foie, par VEILLON et JAYLE. (*Soc. de biol.*, 10 janvier.) — Sarcome mélanique du foie, par DELÉPINE (*London path. Soc.*, 20 janvier.) — Sarcome du mésentère et du foie, par ANDERS. (*Med. News*, 3 janvier.) — Rupture traumatique du foie, par LAURENÇON. (*Lyon méd.*, 18 janvier.) — Chirurgie du foie, par TERRILLON. (*Bull. de thérap.*, 15 février.) — Résection du foie, par FOGLIANI. (*Gaz. d. ospit.*, 21 janvier.) — De la résection du bord inférieur du thorax pour aborder la face convexe du foie, par CANNIOT. (*Thèse de Paris*, 28 janvier.)

Fracture. — Fracture de l'arcade zygomatique, fracture de l'os malaire, par DAGRON. (*Soc. anat.*, 6 mars.) — Fracture du sternum, de la clavicule gauche, de plusieurs côtes, luxation de l'omoplate, guérison par SQUARE. (*Lancet*, 14 mars.) — Fracture de l'omoplate et des trois premières côtes avec rupture de l'artère et de la veine sous-clavière, par SMITH. (*Lancet*, 24 janvier.) — Fracture de côtes chez les aliénés, par SHAW. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVI, 15.) — Une pièce de fracture de l'extrémité inférieure du radius, par LEJARS. (*Soc. anat. Paris*, p. 74.) — Traitement des frac-

tures, par LANDERER. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 19.) — Opération pour les fractures intra-articulaires, par CHEYNE. (*Brit. med. J.*, 7 mars.) — Du traitement des fractures vicieusement consolidées du tiers supérieur du fémur, par LORENZ (*Wiener med. Woch.*, 3 janvier.) — Appareil pour remédier aux fractures complètes du bassin, par VINCENT. (*Lyon méd.*, p. 234, 15 février.) — Revision historique des appareils utilisés pour le traitement des fractures simples de la rotule, par STILLMAN. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 28 février, p. 292.) — Méthode d'application de l'extension dans le traitement des fractures obliques du tibia, par HOLDEN. (*Lancet*, 21 mars.)

Furoncle. — Traitement du furoncle de l'oreille, par GRÜNEWALD. [*Münch. med. Woch.*, 3 mars.)

G

Gangrène. — Gangrène symétrique des pieds par oblitération, par thrombose des artères et des veines; amputation du genou, par GOULD. (*London chir. Soc.*, 13 mars.) — Diagnostic de la maladie de Raynaud, par JACOBY. (*N. York med. Journ.*, 7 février.) — Gangrène sénile, par L. HEIDENHAIN. (*Münch. med. Woch.*, 18 novembre 1890.) — Gangrène diabétique avec lésion des artérioles, par PARTSCH. (*Berl. klin. Woch.*, 20 octobre 1890.) — Traitement local et général des plaies et maladies gangréneuses, par BROWN. (*Med. News*, 24 janvier.)

Gaz. — Préparation des gaz hydrogène et oxygène purs par électrolyse, par D'ARSONVAL. (*Arch. de phys.*, III, 1.)

Génitaux (Org.) — Un cas d'hermaphroditisme, par VAUGHAN. (*N. York med. Journ.*, 31 janvier.) — Balanospothite gangréneuse, par KUNTZE. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 4 mars.) — Modification à l'opération du phimosis par le procédé dit de Vidal de Cassis, par THIERY. (*Soc. anat.*, 13 février.) — Partie génitale du canal pelvi-génital, filière vagino-périnéo-vulvaire, par FARABEUF et VARNIER. (*Ann. de gynec.*, février.)

Géographie méd. — Essai de topographie médicale des Basses-Pyrénées, par JEUNHOMME. (*Arch. de méd. milit.*, mars.) — Distribution géographique des médicaments simples, par PLANCHON. (*Journ. de pharm.*, 1^{er} février.)

Goutte. — Recherches de la goutte latente, par PFEIFFER. (*Lancet*, 3 janvier.) — Doigts gouteux, par PFEIFFER. (*Lancet*, 11 avril.) — Phlébite goutteuse avec embolie pulmonaire, par PARA. (*La Méd. moderne*, 1^{er} janvier.) — Le traitement de la goutte par l'électrolyse, par SARLE. (*Rev. d'hyg. théér.*, février.)

Grefte. — Greffes cutanées, méthode de Thiersch, par THORNDIKE. (*Boston med. journ.*, 12 février.) — La greffe par la méthode de Thiersch, par Mc BURNEY. (*N. York med. Record.*, 25 octobre 1890.) — Méthode de greffe épidermique, par PALM. (*Brit. med. J.*, 24 janvier.)

Grippe. — L'influenza en Russie, d'après TEISSIER. (*Rev. scientif.*, 11 avril.) — La grippe et la dengue, par de BRUN. (*Rev. de méd.*, février.) — De l'épidémie de grippe de 1889-90, ses rapports avec l'aliénation mentale, par LELEDY. (*Thèse de Paris*, 5 février.) — L'épidémie de grippe à Saint-

Bartholomews hosp. et Royal free hosp., par WEST. (*St.-Barthol. hosp. Rep.*, XXVI, p. 163.) — La grippe à City London hosp., par CHAPLIN. (*Ibid.*, p. 259.) — Sur la dernière épidémie de grippe et sur ses phénomènes hémorragiques, par MORIN. (*Thèse de Paris*, 12 mars.) — Des pandémies grippales. L'influenza à Lyon et dans le 14^{me} corps. Essai d'épidémiologie, par SOLMON. (*Thèse de Lyon.*) — L'épidémie de grippe dans les pays allemands, par MITTLER et SOHN. (*In-8° Berlin* 1890.) — Du traitement des affections grippales d'après l'ouvrage précédent, par LIEBREICH. (*Therap. Monats.*, mars.) — De l'influenza, par ORNSTEIN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 48, 1890.) — De la suppuration dans la grippe, par REDUREAU. (*Thèse de Paris*, 5 mars.) — Sur un cas de névrite périphérique consécutive à l'influenza, par BROSET. (*Lyon méd.*, 15 mars.) — Maladie de Basedow consécutive à l'influenza, par COLLEY. (*Soc. méd. de Greifswald*, 1^{er} novembre 1890.) — Affections oculaires suites de grippe, par BEAUMONT. (*Arch. of optht.*, XX, 1.) — Sur les suppurations des cellules mastoïdiennes sous l'influence de la grippe, par MÉNARD. (*Thèse de Paris*, 8 janvier.) — Grippe épidémique, otite moyenne suppurée, méningite basilaire, névrite optique double, par CLAVELIN. (*Arch. de méd. milit.*, février.)

Grossesse. — Des variations de durée de la gestation chez les mammifères et des circonstances qui déterminent ces variations, par LATASTE. (*Bull. soc. de biol.*, 6 mars.) — Examen de la femme pendant la gestation en vue de l'accouchement, par DUMAS. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, 7 mars.) — Sur les formes anormales de l'utérus gravide, leur influence sur la grossesse, l'accouchement et la délivrance, par BOURRUS. (*Thèse de Bordeaux.*) — Effets de la grossesse et de l'accouchement sur l'opération de raccourcissements des ligaments et réciproquement, par ALEXANDER. (*Brit. med. Journ.*, 14 février.) — Influence de la ventro-fixation utérine sur les grossesses ultérieures, par GOTTSCHALK. (*Cent. f. Chir.*, 21 février.) — Des rapports entre les désordres rénaux, les infarctus blancs et la mort du fœtus, par MEYER. (*Cent. f. Gynæk.*, 11 avril.) — Grossesse anormale chez une multipare. Avortement provoqué. Expulsion d'une môle hydatique; guérison, par PEYRE. (*Journ. méd. Bordeaux*, 1^{er} février.) — La signification clinique de la néphrite dans la grossesse, par FEHLING. (*Arch. f. Gynæk.*, XXXIX, 3.) — Les lésions rénales de la grossesse et de l'accouchement, par GRIFFITH. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVI, p. 115.) — Les vomissements de la grossesse, par MAC KINNON. (*Americ. J. of obst.*, février.) — Fausse grossesse, par HAULTAIN. (*Americ. J. of med. sc.*, avril.) — Sur la question du traitement de la grossesse et de l'accouchement, compliqués de fibromes obstruant le petit bassin, par V. SOUTOUGINE. (*Vratch*, 1 et 2.) — Mercure et grossesse, par STEF. (*Thèse de Paris*, 14 janvier.) — Anatomie de la grossesse tubaire avec recherches sur le développement du placenta, par ABEL. (*Arch. f. Gynæk.*, XXXIX, 3.) — Déplacement du placenta dans la grossesse extra-utérine, par BERRY HART. (*Edinb. med. Journ.*, avril.) — Un cas de grossesse tubaire, étude des rapports entre le chorion et l'épithélium des tissus maternels, par GUNSSER. (*Cent. f. allg. Path.*, 15 mars.) — Indications d'opération pour grossesse ectopique, par REED. (*Americ. J. of obst.*, février.) — Deux cas de grossesse extra-utérine, remarques sur la grossesse ectopique, par BANGA. (*Americ. J. of obst.*, janvier.) — Cas probable de grossesse interstitielle, par GRANDIN. (*Ibid.*, janvier.) — Grossesse extra-utérine, deux cas, par BANGA. (*Journ. amer. med. Assoc.*, 24 janvier.) — Grossesse extra-utérine, par PICHEVIN. (*Gaz. méd. Paris*, 7 mars.) — Grossesse tubaire, rupture précoce, hémorragie mortelle, par DRAPER. (*Boston med. Journ.*, 8 janvier.) — Grossesse extra-utérine, opération au neuvième mois, par

CUSHING. (*Ibid.*) — Hématocèle rétro-utérine, grossesse extra-utérine, par RENDU. (*Gaz. des hôp.*, 14 avril.) — Traitement de la grossesse extra-utérine, par BALDY. (*Med. News*, 3 janvier.) — De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine, par BULA LAFONT. (*Thèse de Bordeaux*.) — Grossesse extra-utérine gauche, laparotomie quatorze jours après la mort du fœtus, extirpation du sac, guérison, par VOIGT. (*Cent. f. Gynæk.*, 7 février.) — De la laparotomie dans les grossesses extra-utérines, par REGNAULD. (*Thèse de Paris*, 4 février.) — Grossesse tubaire de sept mois, mort du fœtus cinq mois avant l'opération, laparotomie, ablation de la trompe avec le fœtus contenu, guérison, par TERRILLON. (*Arch. de tocol.*, mars.) — Grossesse tubaire traitée par la laparotomie, par TERSON. (*Soc. anat. Paris*, 20 mars.)

Gynécologie. — Critique des manifestations gynécologiques de Lesser, par HOLIDAY CROOM. (*Edinb. med. Journ.*, février.) — De la position élevée du bassin de Trendelenburg comme position pour les examens gynécologiques, par STROYNOWSKI. (*Cent. f. Gynæk.*, 10 janvier.) — Le système de Brandt en gynécologie, par VINEBERG. (*N. York med. Journ.*, 24 janvier.) — De la stérilité, par JOMILEFF. (*Arch. de tocol.*, février.) — L'emploi de la voie sacrée pour les opérations gynécologiques, par GOLDMANN. (*Beit. zur klin. Chir.*, VII, 2.) — Sur l'emploi de l'ichthyol dans les maladies des femmes, par KETSCHAU. (*Münch. med. Woch.*, 6 janvier.) — Le thiol pour les maladies des femmes, par GOTTSCHALK. (*Cent. f. Gynæk.*, 21 mars.) — La gaze iodoformée pour la pratique gynécologique, par BYLICKI. (*Cent. f. Gynæk.*, 17 janvier.) — Antisepsie et aseptie avant et après les grandes opérations gynécologiques, par KELLY. (*Amer. Journ. of med. sc.*, janvier.)

H

Helminthe. — La filaire du sang grande et petite, deux nouvelles espèces d'hématozoaires, par MANSON. (*Lancet*, 3 janvier.) — Pathogénie de l'anémie par ankylostomiase, par LUSSANA FELICE. (*Arch. ital. di clin. med.* XXIV, 4.)

Hémoglobinurie. — Deux cas d'hémoglobinurie paroxystique et un cas d'urobilinurie paroxystique, par ARNOULD. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, février.)

Hémorragie. — Des hémorragies gastro-intestinales, par HAMPELN. (*St-Petersb. med. Woch.*, 23 février.) — Un point méconnu dans le traitement des métrorragies, par JOHISSENNE. (*Arch. de tocol.*, janvier.)

Hémorroïdes. — Hémorroïdes : un traitement médical peut-il éviter l'intervention chirurgicale ? par THOMAS. (*Lancet*, 31 janvier.)

Hernie. — Tuberculose herniaire, par JONNESCO. (*Rev. de chir.*, mars.) — Sur la hernie ischiatique, par WASSILIEFF. (*Ibid.*, mars.) — De la hernie propéritonéale, par HÖLDER. (*Brit. zur klin. Chir.*, VII, 2) — Hernie inguinale double chez un hermaphrodite, par CH. DIXON JONES. (*N. York med. Record*, p. 724, 27 décembre 1890.) — De la hernie inguinale congénitale, par RECLUS. (*Gaz. des hôp.*, 12 mars.) — Sur les hernies du cæcum, par DURET. (*J. sc. méd. Lille*, 27 février.) — Valvules de l'intestin grêle dans une hernie ombilicale, par BERGER. (*France méd.*, 20 mars.) —

Épiplocèle inguinale étranglée avec coïncidence d'un kyste du cordon, kélotomie, mort, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebdomadaire de Montpellier*, 28 mars.) — Hernie étranglée congénitale, absence de signes d'obstruction, par LANE. (*Brit. med. J.*, 7 février.) — Hernie ombilicale chez un fœtus à terme, vivant, constituée par une portion de l'estomac et par tout l'intestin, sauf le rectum et une portion de l'iliaque, par CALBET. (*Soc. anat. Paris*, 13 mars.) — Hernie inguino-interstitielle étranglée avec ectopie du testicule, kélotomie, guérison, par HEITZ. (*Broch. Besançon*.) — Le traitement de certains cas de hernie récente par l'aspiration de l'intestin hernié, par HERN. (*Brit. med. Journ.*, 7 février.) — Traitement de la hernie étranglée quand l'intestin est gangrené ou ulcéré, par LOCKWOOD. (*Royal med. and chir. Soc.*, 24 mars.) — Observation de hernies étranglées, entérectomie et entérorraphie, par DAYOT. (*Arch. gén. de méd.*, février.) — Cure radicale des hernies, par DUPLAX. (*Bull. méd.*, 4 janvier.) — Cure radicale d'une entéro-épiplocèle inguinale incoercible avec lipome préherniaire, par CHALOT. (*Gaz. hebdomadaire de Montpellier*, 28 février.)

Herpès. — Herpès en cocarde confluent du tronc, par HALLOPEAU. (*Soc. de dermat.*, 8 janvier.) — Vaccino-syphiloïde du jeune enfant, par FOURNIER. (*Bull. méd.*, 28 janvier.)

Histologie. — Méthode de préparation de larges coupes de tissus pour l'excision microscopique, par WEBSTER. (*Journ. of anat.*, janvier.) — Application d'un procédé de photographie en couleurs pour étudier la continuité intercellulaire du protoplasme chez les plantes, par OLIVIER. (*Soc. de biol.*, 14 février.) — De la méthode d'Upson pour la coloration des cylindres d'axe et des cellules, par MERCIER. (*Zeit. f. wiss. Mikrosk.* VII, 4.) — Nouvelle méthode de coloration pour le système nerveux, par ZIEHEN. (*Neurol. Cent.*, n° 3.) — L'histologie nouvelle du système nerveux, par VENTOSA. (*Gaz. sanit. Barcelone*, II, p. 282.)

Hôpital. — Histoire de l'hôpital Saint-Antoine et de ses origines, par GARSONNIN. (*Thèse de Paris*, 19 mars.)

Hydatide. — Pus sans microbe autour d'une hydatide du tissu conjonctif sous-cutané, par RÉPIN. (*Soc. anat. Paris*, 16 janvier.) — Ruptures intrapéritonéales des kystes hydatiques, par MAUNY. (*Thèse de Paris*, 7 janvier.) — Kyste hydatique uniloculaire suppuré du foie, abcès multiples du foie, par SHATTUCK. (*Boston med. Journ.*, 1^{er} janvier.) — Kystes hydatiques multiples du foie, par ISIDOR. (*Soc. anat. Paris*, 13 mars.) — Traitement des kystes hydatiques par l'incision et l'évacuation sans drainage, par BOND. (*Brit. med. J.*, 11 avril.) — Volumineux kyste hydatique de la vessie, par FENWICK. (*London path. Soc.*, 6 janvier.) — Hydatide de l'utérus, laparotomie, guérison, par ALTORMYAN. (*Lancet*, 4 avril.)

Hygiène. — La santé en 1890, par BAKER. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 17 janvier.) — Berlin au point de vue de l'hygiène et de la médecine, par GILLET DE GRANDMONT. (In-8° 152 p. *Paris*.) — Du surmenage physique et de ses effets morbides, par MARFAN. (*Gaz. des hôp.*, 17 janvier, et *Rev. d'hyg. théor.*, mars.) — Comment les filles doivent être élevées, par POTTER. (*N. York med. Journ.*, 21 mars.) — L'hygiène des études scolaires, par LAMB. (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 3 janvier.) — Nouvelle forme de filtre en porcelaine, par HANKIN. (*Brit. med. J.*, 4 avril.) — La pollution des rivières, spécialement de la Mersey et de la Ribble, par SERGEANT. (*Practitioner*, janvier.) — La crémation, par PASSY. (*Rev. scientif.*, 3 janvier.) — Un moyen simple, accessible et satisfaisant de garantir les cadavres de la putréfaction pendant le séjour habituel du

corps dans la maison, à partir du moment de la mort jusqu'à l'enterrement, par A. ROUDNIEFF. (*Meditzina*, 1.) — Rapport au conseil de salubrité de la Seine sur les mesures à prendre contre la propagation des affections contagieuses par les peignes, rasoirs et autres objets, par E. LANCEREAUX. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIII, 436.) — Note sur la rareté des maladies vénériennes dans la population ouvrière de Paris, par PIAUX. (*Gaz. des hôp.*, 10 février.) — Des mesures hygiéniques à l'égard de la prostitution en Finlande, par PIP-PINGSKOLD. (*Finska läkar. handlingar*, XXXIII, 1.) — La question de la prostitution, par RIETEMA. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XII, 7.)

Hygroma. — Hygroma chronique de la bourse séreuse des tendons de la patte d'oie, extirpation, guérison, par DIDIER. (*Journ. sc. méd. Lille*, 2 janvier.) — De l'hygroma trochantérien, par PETIT. (*Thèse de Paris*, 12 février.)

Hypnotisme. — L'hypnotisme et le crime, par VINTRAS. (*France méd.*, 13 février.) — Aperçu d'expérience personnelle sur l'hypnotisme et la suggestion, par OSGOOD. (*Boston med. Journ.*, 19 mars.) — L'hypnotisme chez les grenouilles, actions réciproques de certains médicaments et de l'hypnotisme, par BIERNACKI. (*Arch. de phys.*, III, 2.) — Conséquences d'expériences d'hypnotisme, par SOLOW. (*N. York med. Journ.*, 14 mars.) — Leçons cliniques sur les principaux phénomènes de l'hypnotisme dans leurs rapports avec la pathologie mentale, par J. LUVS. (*Paris*, 1890.) — De l'influence des excitations sensitives et sensorielles dans les phases cataleptique et somnambulique du grand hypnotisme, par GUINON et WOLTKE. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, IV, 1.) — Mélancolie avec stupeur consécutive à l'hypnotisme, par NOLAN. (*Journ. of ment. sc.*, janvier.) — Cas de suggestion neutralisée dans ses effets post-hypnotiques par l'application hétéronome de courants continus d'aimant, par CAZENAVE DE LA ROCHE. (*Tribune méd.*, 12 février.) — De la suggestion en thérapeutique, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. de thé.*, 15 janvier.) — Observation sur l'hypnotisme et son emploi dans certaines maladies, par SCHMID. (*N. York med. Journ.*, 17 janvier.) — Application thérapeutique de la suggestion hypnotique, par LALOY. (*Thèse de Paris*, 12 février.) — Ataxie locomotrice traitée par la suggestion hypnotique, par ARTHUR. (*Brit. med. J.*, 7 février.) — Toux nerveuse, datant de deux mois, guérie par la suggestion, par MÜLLER. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1^{er} mars.)

Hystérie. — L'état hypnotique de l'hystérie, par KRAUSS. (*Journ. of nerv. dis.*, août 1890.) — L'hystérie toxique, par SAUNDEY. (*Lancet*, 3 janvier.) — L'hystérie d'origine hérédo-alcoolique, par CAMUZET. (*Thèse de Paris*, 12 mars.) — Un cas d'hystérie traumatique, par BONAMAISON. (*Lyon méd.*, 18 janvier.) — Hystérie infantile à forme convulsive, par SOLLIER. (*France méd.*, 3 janvier.) — Coexistence de l'hystérie mâle et du goitre exophtalmique, par CASTAN. (*Montpellier méd.*, 16 mars.) — Note sur l'hystérie mâle, par BITOT. (*Mercredi méd.*, 21 janvier.) — Le sang dans l'hystérie normale, par GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINÉAU. (*Soc. de biol.*, 14 février.) — Des syndromes hystériques, par SOUQUES. (*Thèse de Paris*, 19 mars.) — Des syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle épinière, par SOUQUES. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, IV, 1.) — Des tremblements hystériques, par DUTIL. (*Thèse de Paris*, 19 mars.) — Deux cas de tremblement hystérique, par DEBOVE. (*Gaz. des hôp.*, 6 janvier.) — Des attaques de délire hystérique, par PIETRES. (*Gaz. hebdom. de méd.*, 3 janvier.) — Manie hystérique, six cas, par TOMLINSON. (*Journ. of nerv. and ment. dis.*, avril.) — Des délires hystéro-

hypnotiques provoqués, par PITRES. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 24 janvier.) — Hystéro-épilepsie à crises distinctes, état mental particulier entre les accès, par VOISIN. (*Gaz. des hôp.*, 5 février.) — Convulsions hystériques à la suite de l'ablation d'un œil, par DUNN. (*Arch. of opht.*, XX, 1.) — Un cas de cécité hystérique, par WURDEMAN. (*Med. News*, 14 février.) — Deux cas d'hystérie, par ALT. (*Münch. med. Woch.*, 7 avril.) — De l'œdème bleu hystérique, par BOIX. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, IV, 1.) — Grossesse nerveuse, par CORTELLA. (*Gaz. d'ospit.*, n° 43, 1890.) — *Idem*, par GENTILUOMO. (*Ibid.*, n° 46.) — Ecchymoses et éruptions pemphigoides de nature hystérique, par RAYMOND. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 décembre 1890.) — Quelques cas de grande hystérie traités avec succès par l'hydrothérapie, par BONAMAISON. (*Montpellier méd.*, 16 janvier.)

I K

Ichthyose. — Deux cas d'ichthyose intra-utérine, par ELLIOT. (*Journ. of cutan. dis.*, janvier.)

Idiotie. — Les troubles du langage dans l'idiotie et l'imbécillité, par SOLIER. (*Rev. scient.*, 17 janvier.) — La vision chez les idiots et les imbeciles, par GUIBERT. (*Thèse de Paris*, 19 février.)

Injection. — Sur un procédé pour obtenir des seringues stérilisables de grande capacité, par D'ARSONVAL. (*Soc. de biol.*, 7 février.)

Insolation. — La saignée dans le traitement de l'insolation, par HAUBOLD. (*N. York med. Records*, p. 490, 1^{er} novembre 1890.)

Intestin. — Étude de la muqueuse intestinale, les villosités, par BENOIT. (*Thèse de Paris*, 29 janvier.) — Anatomie de villosités intestinales, par CHAPUT. (*Soc. anat.*, 13 février.) — Recherches sur les modifications chimiques dans l'intestin grêle, par MACFADYEN, NENCKI et SIEBER. (*Arch. f. exp. Path.*, XXVIII, 3 et 4.) — La décomposition putride dans le canal intestinal, par BURTON. (*Brit. med. J.*, 4 avril.) — De l'influence de l'antiseptie intestinale sur la tolérance de quelques médicaments, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 31 janvier.) — Accumulation extraordinaire de fèces, par ABBOT. (*Boston med. Journ.*, 29 janvier.) — Constipation et ses suites : traitement par la gymnastique et le massage, par J. BOLIN. (*N. York med. Record*, 25 octobre 1890.) — Arsénite de cuivre dans le traitement de la diarrhée lientérique, par HINZ. (*Therap. Gaz.*, 16 février.) — Traitement de la diarrhée chronique par le repos et le massage, par ECCLES. (*Practitioner*, janvier.) — De l'ulcère perforant du duodénum, par LE RENARD. (*Thèse de Paris*, 29 janvier.) — Quelques points relatifs à l'appendice vermiforme, par FERGUSON. (*Americ. Journ. of med. sc.*, janvier.) — Inflammation de la tête du colon, par MC MURTRY. (*Med. News*, 10 janvier.) — Appendicite avec rechute, ablation de l'appendice dans l'intervalle des accès, guérison, par CABOT. (*Boston med. Journ.*, 15 janvier.) — Appendice iléo-cæcal, par CONDAMIN. (*Province méd.*, 21 février.) — Quelques cas de pérityphlite, par CURTIS. (*N. York med. Journ.*, 3 janvier.) — Abscesses circumcæcal, par CARLISLE. (*Idem*, 10 janvier.) — Typhlite, pérityphlite et appendicite, par RICARD. (*Gaz. des hôp.*, 7 février.) — Typhlite, pérityphlite, leur traitement, par DODGE. (*Med. News*, 3 janvier.) — Du diagnostic et du traitement des appendicites, par MARTINEZ. (*Thèse de*

Paris, 26 février.) — Typhlite récidivée, extirpation de l'appendice, guérison, par TEALE. (*Brit. med. J.*, 17 janvier.) — Extirpation de l'appendice vermiforme suppuré, guérison, par ALLINGHAM. (*London clin. Soc.*, 13 février.) — Quatre cas de résection de l'appendice, par SUTTON. (*Ibid.*) — Deux cas d'abcès typhlique avec ablation de l'appendice, par CLARK. (*Ibid.*) — Intervention chirurgicale dans les inflammations péricæcales, par MARIAGE. (*Thèse de Paris*, 4 mars.) — Anastomose intestinale avec plaques de cartilage pour un rétrécissement traumatique de l'iléon, par STAMM. (*Med. News*, 10 janvier.) — L'opération d'iléostomie pour les affections organiques du cæcum amenant de l'obstruction, par BRYANT. (*Lancet*, 3 janvier.) — L'opération d'iléo-colostomie pour affection organique du cæcum avec obstruction, par JESSETT. (*Lancet*, 14 février.) — Rétrécissement cicatriciel de l'intestin au niveau des deux points d'étranglement d'une ancienne hernie, par RAOULT. (*Soc. anat. Paris*, 9 janvier.) — Quelques expériences sur les plaies pénétrantes de l'intestin grêle; plaies par balles de revolver du calibre de 5 millim., par ESTOR. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, 12 avril.) — Rupture du gros intestin sans plaie interne; laparotomie, mort, par CROFT. (*Lancet*, 17 janvier.) — Entérectomie avec entérorraphie, par POLLOSSON. (*Lyon méd.*, 1^{er} mars.)

Iris. — Tuberculose de l'iris, par GRIFFITH. (*Trans. opht. Soc. unit. kingdom*, X, p. 84.) — Kérato-iritis tuberculeuse, par SCOTT. — *Idem*, par COLLINS. — Granulome tuberculeux de l'iris, par HARTLEY. (*Ibid.*, p. 95 et suiv.) — Cyclite d'origine gouteuse, par BRAILEY. (*Ibid.*, p. 98.) — Utilité du couteau de Lang pour la division des synéchies antérieures, par HELM. (*Lancet*, 21 mars.)

Kyste. — Kyste synovial du poignet multiloculaire, par MONNIER. (*Soc. anat.*, janvier, p. 92.) — Kyste ténosynovial du médus, par BRODIER. (*Bull. Soc. anat. Paris*, p. 56, janvier.) — Kystes crétifiés des muscles de nature indéterminée et probablement d'origine parasitaire, par THIÉRY. (*Soc. anat.*, p. 73, janvier.) — Kyste de l'appendice iléo-cæcal, par BAILLET. (*Soc. anat.*, p. 67, janvier.) — Kyste chyleux, par MENDES DE LÉON. (*Americ. J. of Obst.*, février.)

L

Lacrymal (app.) — Pathogénie et traitement de certaines formes de larmoiement simple, par TERSON. (*Gaz. des hôp.*, 14 avril.) — Tumeur kystique de la glande lacrymale, par FOSTER. (*Arch. of opht.*, XX, 1.) — Traitement des affections lacrymales, par FORGUE. (*Montpellier méd.*, 16 février.) — Nouvelle série d'ablations de la glande lacrymale palpébrale, réglementation du procédé opératoire, considérations physiologiques sur la sécrétion lacrymale, par CHIBRET. (*Rev. gén. d'opht.*, X, 1.) — De la caroncule lacrymale, par STIEDA. (*Berl. klin. Woch.*, 3 décembre 1890.)

Lait. — Des infections par le lait, par WURZBURG. (*Therap. Monats.*, janvier.) — Analyses du lait vendu à Constantine, par CAUVET. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIV, 175.) — Sur le lait des marchés à Halle, par RENK. (*Münch. med. Woch.*, 10 février.) — Sur un thermo-lactomètre par LAUNAY et LANGLOIS. (*Soc. de biol.*, 28 février.) — L'administration du lait stérilisé dans les dispensaires, par KOPLIK. (*N. York med. Journ.*, 31 janvier.) — Quelques nouveaux stériliseurs pour le lait, par ASHBY. (*Lancet*, 14 fé-

vrier.) — Sur la stérilisation du lait, revue par DUCLAUX. (*Ann. inst. Pasteur*, V, 1.) — Recherches sur la digestion gastrique du lait, par ARTHUS et PAGÈS. (*Soc. de biol.*, 7 février.) — Sur l'action diurétique du sucre de lait, par B. KIANOVSKY. (*Wratch*, 42, 1890.) — Sur le phénomène de l'aggrégation et de la coagulation spontanés du lait de vache, par BÉCHAMP. (*Bull. acad. de méd.*, 3 février.) — Tentative pour obtenir un succédané parfait du lait de femme, par HIRST. (*Med. News*, 31 janvier.)

Langue. — Névralgie paludique de la langue avec ulcération, par LE DIBERDER. (*Gaz. hebdomadaire*, Paris, 21 février.) — Kyste dermoïde sublingual pris pour une grenouillette sus-hyoïdienne, extraction totale de la poche, guérison, par SCHMIT. (*Arch. de méd. milit.*, février.) — Un cas rare de grenouillette (tumeur sébacée), par EDG. FLINN. (*Dublin Journ.*, p. 312, octobre.) — Considérations sur une méthode d'ablation des tumeurs de la langue, par PÉAN. (*Gaz. des hôp.*, 24 février.)

Laparotomie. — Sur le principe des incisions exploratrices, par LAWSON TAIT. (*Lancet*, 7 février.) — Nouveau traitement de l'incision dans la laparotomie, par PRYOR. (*Americ. J. of obst.*, mars.) — Recherches expérimentales sur la formation des adhérences dans la cavité abdominale après la laparotomie, par THOMSON. (*Cent. f. Gynæk.*, 31 janvier.) — Douleur persistante après la laparotomie, par COE. (*Med. News*, 28 mars.)

Larynx. — Le conduit glosso-thyroïdien, par KANTHACK. (*Journ. of anat.*, janvier.) — Innervation du muscle crico-thyroïdien, par LIVON. (*Arch. de phys.*, III, 1.) — Les positions de la glotte dans le chant, par FRENCH. (*N. York med. Journ.*, 31 janvier.) — Recherches préliminaires sur la physiopathologie de quelques muscles du larynx, par MASINI. (*Arch. ital. di laring.*, XI, 1 et 2.) — Sur le mode de vibration des membranes et le rôle du muscle thyro-aryténoïdien, par HUBERT. (*Acad. des Sc.*, 6 avril.) — De la phonation, par GUILLEMIN. (*La Voix*, juillet 1890.) — Compte rendu de l'année scolaire 1889-90, clinique de laryngologie de Massei, par TRIFILETTI. (*Arch. ital. di laring.*, XI, 1 et 2.) — Nouveau micromètre laryngien, par WAGNER. (*Berl. klin. Woch.*, 10 novembre 1890.) — De l'aphonie motrice sous-corticale et de la localisation cérébrale des centres laryngés, muscles phonateurs, par DEJERINE. (*Soc. de biol.*, 28 février.) — Récentes publications sur la paralysie glosso-labiale cérébrale pseudo-bulbaire et sur les centres cérébraux laryngé et respiratoire, par LÉPINE. (*Arch. de méd. expér.*, III, 2.) — Aphonie nerveuse datant de quatre semaines guérie par la suggestion pendant le sommeil hypnotique, par E. MÜLLER. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1^{er} février.) — Immobilité progressive d'une corde vocale, valeur diagnostique, par H. MACKENZIE. (*Edinb. med. Journ.*, mars.) — Œdème laryngé, suite de pharyngite, par D'AGUANO. (*Archivos int. de laring.*, janvier.) — Laryngite hémorragique, par LUC. (*Arch. de laryng.*, IV, 2, p. 89.) — Un cas de laryngite sous-glottique aiguë grave, par CORRADI. (*Boll. mal. dell'orecchio*, IX, 2.) — Laryngisme striduleux, par LESTER CARR. (*N. York med. Journ.*, 28 février.) — Sur la pachydermie laryngée, par BRÉBION. (*Rev. de laryng.*, 1^{er} février.) — L'état nommé chorde tubéreuse, par RICE. (*N. York med. Journ.*, 24 janvier.) — Érysipèle du pharynx et du larynx, par MASSEI. (*Wiener med. Woch.*, 21 mars.) — Un cas d'éversion du ventricule droit, par BOTEX. (*Archivos int. de laryng.*, janvier.) — De quelques usages de l'antipyrine dans les affections de la gorge et du larynx, par COUPARD et SAINT-HILAIRE. (*Rev. de laryng.*, 15 janvier.) — De la tuberculose laryngée, par FRANKEL. (*Deut. med. Woch.*, 26 février.) — Recherches sur le traitement des maladies du larynx par le cantharidate de potasse, par

- HEYMANN. (*Arch. de laryng.*, IV, 2.) — Du traitement local de la phthisie laryngée, par SCHEINMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 novembre 1890.) — Traitement du rétrécissement du larynx consécutif à la trachéotomie, par THOST. (*Soc. méd. de Hambourg*, 1^{er} juillet 1890.) — Tumeurs symétriques, syphilitiques, sur les cordes vocales, par COLLIER. (*Brit. laryng. Assoc.*, 20 mars.) — Sténose laryngée aiguë d'origine syphilitique, suppression de la dyspnée par le curettage sans trachéotomie, par LUC. (*Arch. de laryng.*, IV, 2, p. 91.) — Deux cas de syphilis laryngée, par GOUGUENHEIM. (*Gaz. des hôp.*, 5 mars.) — Élimination spontanée de papillomes du larynx, par ELIASBERG. (*Med. Obosren.*, XXXV, 1.) — Papillomes laryngés chez un enfant de 3 ans, extirpation par les voies naturelles, par FLETCHER INGALS. (*J. Amer. med. Assoc.*, 7 février.) — Fibro-adénome diffus des muqueuses laryngienne et pharyngienne, par LUC. (*Arch. de laryng.*, IV, 2, p. 85.) — Kystome de la région aryénoïdienne, par CASSELBERRY. (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 7 mars.) — Fibrome kystique volumineux du larynx ; extirpation endolaryngée sans trachéotomie, par GAREL. (*Ann. mal. de l'or.*, février.) — La laryngotomie chez l'adulte, par HÉLIE. (*Thèse de Paris*, 4 février.) — Cancer intrin-èque du larynx, thyrotomie, par DUNDAS GRANT. (*Brit. med. J.*, 28 mars.) — Tumeur épithéliomateuse du larynx enlevé par la méthode intra-laryngée, par STOKER. (*Brit. laryng. Assoc.*, 20 mars.) — Extirpation totale du larynx artificiel, par MEYER. (*N. York Acad. of med.*, 12 janvier.) — Ablation du larynx, cancer, guérison, par ARBUTHNOT LANE. (*Brit. med. J.*, 4 avril.) — De l'extirpation du larynx, par BARDENHEUER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 3.) — *Idem*, étude critique, par TAUBER. (*Ibid.*) — Extirpation du larynx et du pharynx avec formation d'un nouveau pharynx par des lambeaux cutanés, par POULSEN. (*Cent. f. Chir.*, 3 janvier.)
- Lèpre.** — Inoculation protectrice et antagoniste dans la lèpre, par BEAVEN RAKE. (*Brit. med. J.*, 3 janvier.) — De la lèpre, recherches sur l'hérédité et la contagion, par ARNING. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 1.) — La lèpre en Nouvelle-Calédonie, par LEGRAND. (*Arch. de méd. nav.*, février.) — De la lèpre en Nouvelle-Calédonie, par PELTIER. (*Thèse de Paris*, 29 janvier.) — Lèpre et pian aux Antilles, léproserie de la Désirade, par LACAZE. (*Arch. de méd. nav.*, janvier.) — L'hospitalisation des lépreux, par O. PETERSEN. (*Meditzina*, 3.) — Documents pour servir à l'étude anatomo-pathologique de la lèpre, par DAMASCHINO. (*Arch. de méd. exp.*, III, 2.) — Cas de lèpre, par JOSEPH. (*Berl. klin. Woch.*, 22 décembre 1890.)
- Leucémie.** — Maladie d'Hodgkin, pyrexie, mort subite, épanchement sanguin abondant pulmonaire, par SAINSBURY. (*Lancet*, 31 janvier.) — Diagnostic de la leucocythémie, par JACCOUD. (*Semaine méd.*, 11 mars.) — Hypertrophie de la rate et leucocythémie, guérison, par BARRS. (*Lancet*, 21 février.)
- Lèvre.** — De l'autoplastie au moyen de lambeaux sous-mentonniers en pont pour remédier aux larges ablations de cancer de la lèvre inférieure, par REGNIER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 3.)
- Lichen.** — Notes pour servir à l'histoire des névro-dermites ; du lichen circumscriptus des anciens auteurs ou lichen simplex chronique de Vidal, par BROCCQ et JACQUET. (*Ann. de dermat.*, II, 2.)
- Lipome.** — Lipomes multiples symétriques chez un paralytique général, par TARGOWLA. (*Ann. méd. psych.*, mars.)
- Locomotion.** — Du rôle mécanique des muscles antagonistes dans les actes de locomotion, par DEMENY. (*Arch. de phys.*, III, 2.) — De l'abasia et de

l'astasia émotives, par J. SEGLAS. (*La Méd. moderne*, 8 janvier.) — Sur l'astasia abasie, par THYSSEN. (*Arch. de neurol.*, janvier.)

Lupus. — Lupus vulgaire, par GRAHAM. (*Med. News*, 28 mars.) — Le lupus vulgaire érythématoïde, par LELOIR. (*Arch. de phys.*, III, 2.) — Recherches sur le lupus, par LELOIR. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XII, 7.) — Des cellules de plasma en particulier dans le lupus, par UNNA. (*Ibid.*, XII, 7.) — La nature du lupus, ses rapports avec la tuberculose, par HUTCHINSON. (*Lancet*, 17 janvier.) — Lupus éléphantiasique, hémorragies, désarticulation de l'épaule, par PONCET et TILLIET. (*Lyon méd.*, 25 janvier.) — Lupus du palais et du larynx sans lupus cutané, par BARLING. (*Midland med. Soc.*, 14 janvier.) — Cancer consécutif au lupus, par BERRY. (*London path. Soc.*, 3 février.) — Traitement du lupus par la méthode de Koch, par BERGMANN. (*Samml. klin. Vortraege*, n° 22.) — Deux cas de lupus traités par la tuberculine, par PHILLIPS. (*Brit. journ. of Dermat.*, avril.) — Un cas de lupus traité par la tuberculine, par LOOMIS et FULLER. (*Journ. of cutan. dis.*, avril.) — Traitement du lupus, par LELOIR. (*Bull. méd.*, 7 janvier.)

Luxation. — Subluxation en avant de la première côte sur le sternum, par GARNIER. (*La Clinique franç.*, janvier.) — Déplacements secondaires passifs de la tête humérale consécutifs aux luxations de l'épaule en dedans, par HENNEQUIN. (*Rev. de chir.*, février.) — Mécanisme des luxations sus-acromiales de la clavicule, leur traitement par la suture osseuse, par POIRIER et RIEFFEL. (*Arch. de méd.*, avril.) — Nouveau procédé de réduction des luxations antérieures de l'humérus, par COLE. (*N. York med. journ.*, 28 mars.) — Luxations anciennes traumatiques de l'épaule traitées par la résection de la tête de l'humérus, par GWYER. (*New York med. Journ.*, 28 mars.) — Luxation du pisiforme, par BAROIS. (*Arch. de méd. milit.*, janvier.) — Cas de guérison rapide et complète de luxation de l'index avec plaie articulaire, par DUBUISSON. (*Normandie méd.*, 8 mars.) — Des luxations en avant des 4 derniers doigts, par ESTRADA. (*La Clin. française*, février.) — De la luxation congénitale de la hanche, par DUPRÉ. (*Thèse de Paris*, 4 mars.) — Réduction des luxations de la hanche par l'extension manuelle, par MURDOCH. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 7 février.) — Traitement opératoire des luxations congénitales de la hanche, par SCHÜSSLER. (*Cent. f. Chir.*, 17 janvier.) — Traitement opératoire des luxations congénitales de la hanche, par HOFFA. (*Rev. d'orthop.*, II, 1.) — Luxation congénitale de la rotule, par TOWNSEND. (*N. York Acad. of med.*, 12 janvier.) — Genu recurvatum congénital ou luxation congénitale du tibia en avant, par PHOCAS. (*Rev. d'orthop.*, II, 1.) — Luxation latérale irréductible de la phalangine de l'annulaire, arthrothomie, réduction, restauration des mouvements, par GESCHWIND. (*Arch. méd. milit.*, janvier.)

Lymphatique. — Transformation in vitro des cellules lymphatiques en clasmatoctes, par RANVIER. (*Acad. des sc.*, 6 avril.) — Recherches sur les vaisseaux sous-séreux de l'utérus gravide et non gravide, par WALLICH. (*Thèse de Paris*, 28 janvier.) — Traitement abortif des bubons, par WELANDER. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 1.) — Pathogénie et traitement des ganglions inguinaux, par ULLMANN. (*Wiener med. Woch.*, 24 janvier.) — Structure et mode de formation du lymphangiome ganglionnaire, par MONTANÉ. (*Soc. de biol.*, 21 février.) — Du lymphangiome de la cavité buccale, par SAMTER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 4.) — Lymphangiome circonscrit, par TÖRÖK. (*Brit. journ. of Dermat.*, janvier.)

M

Main. — Anomalie de la main et des doigts, inclusion dans la paume de la main des cinq doigts fléchis et réduits à leurs premières phalanges, par LEGUEU. (*Soc. anat.*, février, p. 135.) — De la macrodactylie, d'autres formes de tumeurs congénitales, par HUMPHRY. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 10 février.) — Sur un cas d'hypertrophie partielle des extrémités, par du CASTEL. (*Soc. de dermat.*, 12 mars.) — Un cas de syndactylie congénitale, par J. BLINDSTEIN. (*Meditzina*, 1.) — Rétraction de l'aponévrose palmaire, traitée par l'hypnotisme, par KINGSBURY. (*Brit. med. j.*, 10 janvier.)

Mal des montagnes. — Du mal des montagnes, par CARILLON. (*Thèse de Paris*, 22 janvier.)

Maladie. — La durée des maladies, par MAXSON. (*N. York med. Journ.*, 4 avril.) — Etudes cliniques et expérimentales sur les maladies infectieuses chirurgicales, par FESSLER. (*Munich*.)

Maladies professionnelles. — Etude du mercurialisme chez les polisseurs de miroir à Fürth, par WOLLNER. (*Münch. med. Woch.*, 14 avril.)

Malformation. — Malformations multiples dues à des brides amniotiques, par HAGENBACH. (*Corresp.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1^{er} novembre 1890.) — Vices de conformation des membres supérieurs, par DOHRN. (*Berl. klin. Woch.*, 13 octobre.) — Etude des malformations des membres, par GOLDMANN. (*Beit. zur klin. Chir.*, VII, 2.)

Mamelle. — Mamelle surnuméraire médiane, par WILLIAMS. (*London path. Soc.*, 17 mars.) — Lait putréfié dans la mamelle, par JORISSENNE. (*Arch. de tocol.*, février.) — Quelques anomalies de la sécrétion lactée, par TH. LANDAU. (*Deutsche med. Woch.*, n° 33, p. 745, 1890.) — Deux cas d'épithéliome kystique du sein, par PILLIET. (*Soc. anat. Paris*, 9 janvier.) — Sur les lésions osseuses dans le cancer mammaire, par SNOW. (*Lancet*, 7 mars.) — Polymastie, sur les mamelles erratiques et le développement des néoplasmes d'après la structure des mamelles surnuméraires, par WILLIAMS. (*Journ. of Anat.*, janvier.)

Massage. — Etude clinique et expérimentale sur le massage, par CASTEX. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — De l'action physiologique du massage, par BERGHMAN et HELLEDAY. (*Rev. d'hyg. thérap.*, mars.) — Le massage à la clinique gynécologique de Moscou, par M^{me} BOYER. (*Ann. de gyn.*, mars.) Mort suite de massage dans un cas d'atonie intestinale, par WARMAN. (*Therap. Monats*, mars.)

Maxillaire. — Empyème de l'antre d'Highmore, par SEWILL. (*Lancet*, 14 février.) — Des soins consécutifs à l'ouverture buccale du sinus maxillaire atteint d'emphyème et notamment d'un mode de lavage très simple de cette cavité, par LUC. (*Arch. de laryng.*, IV, 1.) — Un cas d'emphyème de l'antre d'Highmore dû au streptocoque de l'érysipèle, par LUC. (*Arch. de laryng.*, IV, 2.) — Un cas de constriction congénitale des mâchoires, par BAIARDI. (*Sperimentale*, n° 2.) — Traitement chirurgical de la constriction cicatricielle des mâchoires, par STOFFEL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 50, 1890.) — Enchondrome plexiforme intravasculaire (dans l'antre d'Highmore), par

QUENSEL et BOHEMAN. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXII, 25.) — Sarcome plexiforme hyalin du maxillaire supérieur, par QUENSEL et BOHEMAN. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXII, 18.)

Médecine (Hist.). — Sur les lois réglant la pratique médicale, par DUNGLISON. (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 24 janvier.) — Le médecin comme homme et comme citoyen, par BURNETT. (*Ibid.*, 31 janvier.) — Les médecins russes, par G. HERTZENSTEIN. (*Meditzina*, n° 1.) — La base de la médecine scientifique et les méthodes d'investigation, par DAVIS. (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 24 janvier.) — Propos général des plaies et solution de continuité, par GUY DE CHAULIAC. (*Rev. de chir.*, janvier.) — Etude historique des organes génitaux de la femme, la fécondation et l'embryogénie humaine depuis les temps les plus reculés jusqu'à la renaissance, par PAILLON. (*Thèse de Paris*, 19 mars.)

Médecine légale. — Sur l'organisation de la médecine légale, par COUTAGNE. (*Lyon méd.*, 22 février.) — L'anthropologie criminelle et la responsabilité médico-légale, par DORTÉL. (*Thèse de Paris*, 22 janvier.) — Examen médico-légal et autopsie des enfants nouveau-nés, par CHARTIER. (*Thèse de Lyon*.) — La zone médico-judiciaire, par CHAMBARD. (*Journ. méd. Bordeaux*, 4 janvier.) — De l'instruction des affaires en médecine mentale, par CHAMBARD. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Des tatouages chez les prostituées, par BERGH. (*Monast. f. prakt. Dermat.*, XII, 5.) — Le gonococcus en médecine légale, par VIBERT et BORDAS. (*Soc. de méd. lég.*, 12 janvier.) — De la valeur du gonococcus en médecine légale, par BOVET. (*Bull. Soc. de méd. prat. Paris*, 1^{er} mars.)

Médecine militaire. — L'état sanitaire de l'armée en 1888, par BURLUREAUX. (*Arch. méd. milit.*, janvier.) — La pathogénie dans les milieux militaires, par KELSCH. (*Arch. méd. milit.*, janvier.) — Notes médicales sur le croiseur *le Forbin*, par CHEVALLIER. (*Arch. de méd. navale*, mars.) — Les secours aux blessés dans les guerres maritimes. (*Ibid.*, mars.) — Recherches bactériologiques sur le matériel de pansement de l'armée, par GIARDINA. (*Giorn. med. del r. esercito*, novembre 1890.) — Des traumatismes par les nouveaux fusils de petit calibre, par NOEL. (*Bull. méd.*, 25 février.) — Traitement antiseptique des blessures de guerre en campagne, par REGNIER. (*Revue méd. de l'Est*, n° 2, p. 33.) — Etude comparative des effets produits par les balles du fusil Gras et du fusil Lebel, par DELORME et CHAVASSE. (*Arch. de méd. milit.*, février.) — Nouveau dispositif d'aération pour les chambres des casernes par l'emploi de deux vitres à ouvertures contrariées, par CASTAING. (*Ibid.*, février.) — Amélioration mécanique et physiologique de la marche par la chaussure à talons élastiques, par COLIN. (*Ibid.*, janvier.) — Les maladies vénériennes dans l'armée anglaise, par GREIG. (*Edinb. med. Journ.*, janvier.)

Médecine opérat. — L'organisation d'une opération, par KEEN. (*Amer. journ. of med. sc.*, janvier.)

Méninge. — De la méningite chronique simple de l'adulte et d'une forme à type hystéro-épileptique, par LOMBRoso. (*Sperimentale mem. orig.*, XLV, 1.) — Méningite cérébro-spinale avec complication d'otite suppurée, mort, par LARSEN. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXII, 14.) — Echolalie dans la méningite tuberculeuse, par PERRET. (*Lyon méd.*, 12 avril.) — Traitement de la méningite, par BARR. (*Therap. Gaz.*, 18 février.)

Menstruation. — Ganglions automatiques menstruels, nouvelle théorie de la menstruation, par ROBINSON. (*N. York med. Journ.*, 24 janvier.) —

Traitement de la dysménorrhée membraneuse par la galvanisation bipolaire, par GUNNING. (*Americ. J. of obst.*, mars.)

Moelle. — Sur le trajet des voies afférentes de la moelle étudié par la méthode des dégénérescences, par ODDI et ROSSI. (*Sperimentale mem. orig.*, XLV, 1.) — De l'influence des racines spinales postérieures sur l'excitabilité des racines antérieures, par BELMONDO et ODDI. (*Ann. ital. de biol.*, XV, 1.) — Bifidité partielle et hétérotopie de la moelle, par JACOBSON. (*Neurol. Centralb.*, 15 janvier.) — Hétérotopie de la moelle, par TURNER et TOOTH. (*London path. Soc.*, 7 avril.) — Des localisations médullaires, par ROGER. (*Gaz. hebdom. Paris.*, 3 janvier.) — Syringomyélie, par GALLOWAY. (*London path. Soc.*, 17 mars.) — Etude des paralysies partielles de la sensibilité, syringomyélie, par SCHLESINGER. (*Wiener med. Woch.*, 7 mars.) — Sur un cas de syringomyélie avec panaris analgésique, par CHARCOT. (*Gaz. hebdom. Paris.*, 11 avril.) — Syringomyélie et maladie de Morvan, par ACHARD. (*Ibid.*, 25 octobre 1890.) — Syringomyélie, par HOFFMANN. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 20.) — Sur l'existence d'une dissociation de la sensibilité thermique (froid et chaud) dans la syringomyélie, par DEJERINE et THUILANT. (*Soc. de biol.*, 31 janvier.) — Paralysie spinale atrophique et névrite multiple, par GOWERS. (*London clin. Soc.*, 13 mars.) — Maladies par dégénérescence de la moelle, discussion d'un nouveau type, par DANA. (*Journ. of nervous and ment. dis.*, avril.) — Les lésions du cône médullaire et de la queue du cheval chez la femme, par EULENBURG. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 5 et 6.) — Sclérose complète des cordons de Goll et leptoméningite spinale chronique, par MOTT. (*Amer. journ. of med. sc.*, janvier.) — Obs. de sclérose systématique de la moelle avec dégénérescence diffuse collatérale observée chez des sujets affaiblis ayant passé l'âge moyen, spécialement chez des femmes; étiologie, par JAMES PUTNAM. (*Journ. of nerv. and ment. dis.*, février.) — Anatomie pathologique du tabes dorsalis, sur la topographie des lésions spinales du tabes au début et sur la valeur systématique de ces lésions, par F. RAYMOND. (*Rev. de méd.*, janvier.) — De l'ataxie aiguë, par LEYDEN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 5 et 6.) — Type héréditaire de tabes moteur, par KNAPP. (*N. York neurol. Soc.*, 3 mars.) — De la maladie de Friedreich, 3 cas, par MENDEL. (*Berl. klin. Woch.*, 24 novembre 1890.) — Considérations cliniques sur la maladie de Friedreich, par BAUMEL. (*Mercure méd.*, 4 février.) — De la compression de la moelle, par ROSENBAACH et SCHTSCHERBAK. (*Wiest. klin. Psych. i neurop.*, VIII, 1.) — Compression de la moelle épinière, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, 1^{er} mars.) — Paraplégie flasque par compression de la moelle, par BABINSKI. (*Arch. de méd. expér.*, III, 2.) — Notes sur les blessures de la moelle cervicale, 5 cas, par HERSER. (*N. York neurol. Soc.*, 3 mars.)

Monstre. — Dissection d'un monstre symélien, par BENINGTON. (*Journ. of Anat.*, janvier.) — Recherches sur la tératologie artificielle, par WINDLE. (*Proc. of Birmingham phil. Soc.*, VII, p. 220.) — Obs. de monstre, par ARMSTRONG. (*Lancet*, 21 mars.) — Spécimen de terata katadidyma, par FLEMING. (*Americ. j. of Obst.*, mars.) — Fœtus monstre, par VINCENT. (*Lyon méd.*, 22 mars.)

Mort. — Mort rapide par affection morale violente, par BASSI. (*Arch. ital. clin. med.*, XXIV, 4.)

Morve. — Un cas de morve chronique chez l'homme, par JAKOWSKI. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 5 et 6.)

Muscle. — Sur le développement des fibres musculaires, par ROULL. (*Acad.*

des sc., 26 janvier.) — Méthode pour enregistrer simultanément l'onde électrique d'excitation et la contraction musculaire résultante, par D'ARSONVAL. (*Acad. des sc.*, 23 mars.) — Du rythme musculaire dans la contraction produite par l'irritation corticale, par WEDENSKI. (*Arch. de phys.*, III, 2.) — Contraction musculaire par suite d'excitations de la moelle épinière et du cerveau au moyen d'excitations électriques interrompues, par J.-B. HAYCRAFT. (*Cent. für Physiol.*, IV, p. 153.) — Contractions musculaires volontaires et réflexes, par JOHN BERRY HAYCRAFT. (*Ibid.*, IV, p. 13.) — Des mouvements ondulatoires dans les muscles, par ROLLETT. (*Biolog. Centralb.*, XI, 5 et 6.) — Du rythme musculaire dans la contraction normale, par WEDENSKI. (*Arch. de phys.*, III, 1.) — Les lois de l'échauffement produit par la contraction musculaire d'après les expériences sur les muscles isolés; perturbation que l'allongement de ces muscles, sous l'influence d'un accroissement de la fatigue ou de la charge, introduit dans les phénomènes normaux de la contraction, par CHAUVEAU. (*Ibid.*, III, 1.) — Le travail musculaire et l'énergie qu'il représente, par CHAUVEAU. (In-8°, Paris.) — Dosage comparatif de l'acide carbonique contenu dans les muscles et les tissus, par GREHANT. (*Bull. acad. de méd.*, 24 février.) — Sur 33 muscles présternaux, par LE DOUBLE. (*Ibid.*, 10 mars.) — Un cas d'atrophie musculaire congénitale hémilatérale, par DEMME. (*Wiener med. Blätter*, n° 2.) — Sur un cas d'hypertrophie musculaire hémilatérale d'origine congénitale, par DEMME. (*Wiener med. Blätter*, n° 2.) — Tic convulsif et paramyoclonus multiple, par BERGONZINI. (*Rassegna di sc. med.*, janvier.) — Myosite ossifiante, opération, par MUNRO. (*Lancet*, 21 février.) — Ostéome d'un muscle adducteur chez un cavalier, par TARTIÈRE. (*Arch. de méd. milit.*, janvier.) — Emploi de l'atropine dans les spasmes musculaires localisés, par LESZINSKY. (*N. York med. journ.*, 14 mars.)

Myopie. — Prévention de la myopie, par DOWLING. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 10 janvier.)

Myxœdème. — Un cas de dystrophie myxœdématoïde, par HENRY. (*Journ. of nerv. and ment. dis.*, mars.) — Obs. de myxœdème, par STALKER. (*Lancet*, 10 janvier.) — De la cachexie pachydermique du myxœdème, par THIERGE. (*Gaz. des hôp.*, 31 janvier.)

N

Nerf. — Relations du sympathique cervical avec l'épiderme et les glandes, par ARLOING. (*Lyon méd.*, p. 303, 1^{er} mars et *Arch. de Phys.*, III, 1.) — Nouvelle contribution à l'étude de la partie cervicale du grand sympathique envisagée comme nerf sécrétoire chez les animaux solipèdes, par ARLOING. (*Arch. de phys.*, III, 2.) — Sur les nerfs vasomoteurs de la rétine et en particulier sur le nerf trijumeau, par DOYON. (*Ibid.*, III, 1.) — Recherches sur les nerfs vasomoteurs de la tête, trajet intra-cranien des vasomoteurs auriculaires, par MORAT (*Ibid.*, III, 1.) — Recherches expérimentales sur les sensations de traction et de pression cutanées, par BLOCH. (*Ibid.*, III, 2.) — Sur la période latente des nerfs pneumogastriques, par JOHANN PRUSZYNSKI. (*Cent. für Physiologie*, 1^{er} février 1890, p. 569.) — Absence de lésions trophiques après la section intra-cranienne du trijumeau, par GLEY. (*Soc. de biol.*, 14 mars.) — Sur la cause des troubles de la fonction glyco-génique consécutifs à la section des vagues, par COUVREUR. (*Ibid.*, 21 mars.)

Quelques fonctions du nerf sympathique chez le singe, par SHERRINGTON. (*Brit. med. journ.*, 21 mars.) — De l'influence des centres trophiques de la moelle sur la distribution topographique de certaines névrites toxiques, par BRISSAUD (*Arch. de neurol.*, n° 62.) — De la névrite multiple dégénérative, par LORENZ. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 5 et 6.) — Des névralgies faciales symptomatiques, par RENDU. (*Mercredi méd.*, 28 janvier.) — Sciatique, névralgie ou névrite, par METTLER. (*Med. News*, 10 janvier.) — Sur un cas de polynévrite infectieuse aiguë, par HAVAGE (*Rev. de méd.*, février.) — Sciatique double primitive avec atrophie dégénérative des muscles dans le domaine du poplité externe et interne, par CHARCOT. (*Gaz. des hôp.*, 10 mars.) — Deux cas de sciatique spasmodique, par LAMY. (*Progrès médical*, 10 janvier.) — Traitement moderne de la sciatique, par PRITCHARD. (*Amer. journ. of med. sc.*, janvier.) — De la compression des nerfs par les cales, par TRÉLAT. (*Gaz. hebdomadaire Paris*, 14 mars.) — Sur les néoplasmes primitifs des nerfs des membres, par PERRET (*Thèse de Paris*, 4 février.) — Sur les néoplasmes primitifs des nerfs des membres, par CORDILLOT. (*Thèse de Paris*, 18 février.)

Nerveux (Système). — De la structure spongieuse des fibres nerveuse et musculaire, par APATHY (*Biolog. Centralb.* XI, 4.) — Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux, par FÉRÉ. (2^e édit., Paris.) — Du rôle de l'émotion morale dans la pathogénie des maladies du système nerveux, par PETER (*Journ. de méd. Paris*, n° 1.) — Diagnostic précoce de quelques maladies du système nerveux, par SEGUIN. (*Boston med. Journ.*, 19 février.) — Sur les troubles de la sensibilité dans les affections nerveuses, dissociation syringomyélique, par CAILLET. (*Thèse de Paris*, 16 avril.) — Maladie particulière familiale des centres nerveux, par NONNE. (*Soc. méd. de Hambourg*, 7 octobre 1890.) — Considérations sur l'arthritisme dans ses rapports avec le nervosisme, par LEMOINE et HUYGHES. (*Gaz. méd. Paris*, 21 février.) — Sur l'astasia-abasia, par THEYSSEN. (*Arch. de neurol.*, n° 62.) — Anesthésie du côté droit, suivie d'hyperesthésie de ce même côté, de parésie du côté gauche due à une balanite, par NOBLE. (*Journ. of nerv. and ment. dis.*, avril.) — De la neurasthénie, par BENEDIKT. (*Wiener med. Blätter*, 15 janvier.) — Traitement des troubles nerveux paroxysmiques, par PEARSE. (*Practitioner*, janvier.)

Névrose. — Les névroses de développement, par CLOUSTON (*Edinb. med. Journ.*, janvier.) — De l'obsession dentaire, par GALIPPE. (*Arch. de neurol.*, janvier.) — Des névroses consécutives aux accidents, par CULLERRE (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Des névroses traumatiques, par HOFFMANN. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 17.)

Nez. — Étude de la muqueuse olfactive chez les mammifères, par VAN GEHUCHTEN. (*La Cellule*, VI, 2.) — Origine et terminaison des fibres nerveuses olfactives, par RAMON Y CAJAL. (*Gaceta Sanit. municipal, Barcelone*, 10 décembre 1890.) — De l'appareil nerveux central de l'olfaction, par TROLARD. (*Arch. de neurol.*, n° 62.) — De l'aproxexie nasale, par SEIFERT. (*Sitz. d. phys. med. Ges. Wursburg*, n° 1.) — Les rapports des maladies du nez et des oreilles, par SHIELD. (*Lancet*, 28 mars.) — Le passage de l'air respiré par le nez, par KAYSER. (*Arch. of otol.*, XX, 1.) — Le rhinomètre, sonde naso-pharyngienne, par BLAKE. (*Lancet*, 21 février.) — Catarrhe chronique nasopharyngien avec nervosisme grave, dû à la présence d'un scolopendre dans les fosses nasales, par SCHAEFER (*Corr. Bl. d. allg. aerzt. Ver. Thuringen*, février.) — Comment un praticien doit traiter la rhinite atrophique chronique, par LOEB. (*Med. News*, 24 janvier.) — De la rhinite chronique atrophique, par HAVILLAND HALL. (*London med.*

Soc., 6 avril.) — De l'épistaxis dans le mal de Bright, par LAVERNY. (*Thèse de Paris*, 4 mars.) — De l'épistaxis, par TISSIER. (*Ann. de méd.*, 21 janvier.) — Opération de Rouge pour l'ablation d'un séquestre du nez, par KNIGHT. (*Med. News*, 3 janvier.) — Essai d'une théorie des fonctions des sinus de la face, des cellules de l'ethmoïde et de l'apophyse mastoïde, par COUETOUX. (*Ann. mal. de l'or.*, mars.) — Cinq cas de lésions des sinus frontaux, par HULKE. (*Lancet*, 14 mars.) — Diagnostic et traitement des affections des sinus nasaux, par SCHECH. (*Cong. de Berlin, Rev. de laryng.*, 15 février.) — Ulcère du nez par thrombose, par WAGNER. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 7 mars.) — Ulcération tertiaire du nez, par PIFFARD. (*Journ. of cut. dis.*, mars, p. 401.) — Asthme, polypes, hypertrophie des cornets, ablation, guérison par SPENCER WATSON. (*Lancet*, 21 février.) — Méthode aseptique pour la chirurgie intra-nasale, par ROE. (*Med. News*, 28 mars.) — Nouveau procédé d'irrigation nasale par BALL. (*Lancet*, 14 mars.) — De la pyocétanne dans les suppurations du sinus frontal, par CHOLEWA. (*Therap. Monats.*, mars.) — Emploi de l'acide trichloracétique dans 200 cas d'affections de la gorge et du nez, par GLEITZMANN. (*N. York med. record*, 14 mars.) — Des déviations de la cloison nasale, par SEDZIAK. (*Journ. of laryng.*, mars.) — Nouveau procédé de correction des déviations de la cloison nasale, par SANDMANN. (*Deut. med. Woch.*, 26 février.) — Abscess sous-muqueux de la cloison nasale d'origine traumatique, par LUC. (*Arch. de laryng.*, IV, 2 p. 89.) — Des déformations de la cloison nasale chez les nouveau-nés, par PATRZEK. (*Int. klin. Rundschau*, 14, 1890.) — Nouvelle méthode de coloration du bacille du rhinosclérome, par MIBELLI. (*Monats f. prakt. Dermat.*, XII, 7.) — Rhinolith, par LITTLE. (*Royal Acad. of med. Ireland*, 20 février.) — De la rhinotomie médiane comme opération préliminaire pour aller à la recherche des tumeurs, siégeant dans la cavité naso-pharyngienne, par ROUAIROUX. (*Thèse de Paris*, 26 janvier.) — Des pseudopolypes des fosses nasales, par LE DENTU. (*Tribune méd.*, 5 mars.) — Carcinome polypeux du nez, par BARKER. — Sarcome du nez, 3 cas par BOWLBY. (*London path. Soc.*, 17 mars.) — Rhinoplastie, par KLEGAN. (*Lancet*, 21 février.)

O

Obésité. — L'obésité dans ses rapports avec la menstruation et la conception par MC KEE. (*Americ. j. of Obst.*, mars.)

Occlusion int. — Valeur des vomissements fécaloïdes comme signe d'obstruction intestinale, par MC GRAW. (*Med. News*, 4 avril.) — Invagination et valvules sur deux points de l'intestin grêle, par TURNER et WHIPHAM. (*London clin. Soc.*, 9 janvier.) — Des étranglements internes, par KUMAR. (*Wiener med. Blätter*, n° 2.) — L'obstruction de l'extrémité inférieure de l'iléon, par BRISTOWE. (*Americ. j. of med. sc.*, février.) — Un cas d'obstruction intestinale. Guérison, par BEATTY. (*Dublin Journal*, p. 281, octobre 1890.) — Obstruction intestinale causée par une tumeur, iléostomie, disparition de la tumeur, entérorraphie consécutive, guérison, par SMITH. (*Lancet*, 21 mars.) — Traitement de l'étranglement interne et de l'occlusion intestinale, par BRYANT. (*Lancet*, 17 janvier.) — Obstruction intestinale par épithélioma de la partie moyenne du côlon descendant. Guérison de l'obstruction. Mort avec phénomènes d'épilepsie jacksonnienne, par MACAIGNE. (*Soc. anat. Paris*, janvier, p. 53.) — Occlusion intestinale par torsion de

l'intestin au niveau de l'anse oméga, laparotomie, mort par pneumonie, par PERAIRE. (*Ibid.*, janvier, p. 68.) — Invagination par polype de l'intestin, anus contre nature, mort, par DAGRON. (*Ibid.*, 23 janvier.) — Invagination intestinale, rôle du ligament supérieur du cœcum, par DAGRON. (*Ibid.*, 9 janvier.) — Diagnostic et traitement de l'ileus, par VON ZOEGER-MANTEUFFEL. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 3.)

Edème. — Œdème angio-neurologique, par MUMFORD. (*Boston med. journ.*, 5 mars.)

Œil. — De l'entrecroisement des fibres nerveuses dans le chiasma des nerfs optiques, par DELBRUECK. (*Arch. f. Psychiat.*, XXI, 3.) — Du développement du nerf optique, par FROIREP. (*Anat. Anzeiger*, VI, 6.) — Mémoires d'ophtalmométrie, par JAVAL. (In.-8°, Paris.) — Recherches sur la 4^e image de Purkinje, par TSCHERNING. (*Arch. de phys.* III, 1.) — Théorie des images de Purkinje et description d'une nouvelle image, par TSCHERNING. (*Ibid.*, III, 2.) — Sur les hallucinations hémipoptiques, homonymes, par PETERSON. (*N. York med. journ.*, 31 janvier.) — Note sur le décentrage des verres de lunettes, par M. COQUE. (*Revue gén. d'ophtalm.*, IX, n° 6, p. 251.) — Le choix des lunettes pour un presbyte est-il un acte banal et indifférent, par GILLET DE GRANDMONT. (*Soc. de méd. prat.*, 15 mars.) — Du prisme dioptrie dans la numération modifiée des prismes, par RANDALL. (*Med. News*, 4 avril.) — Quelques points discutés de la correction des erreurs de réfraction, par RANDALL. (*Journ. Amer. med. Ass.* 10 janvier.) — Le prismomètre perfectionné, ses avantages, construction, applications variées, par PRENTICE. (*Arch. of opht.*, XX, 1.) — Sur la production expérimentale de l'exophtalmie, par STILLING. (*Acad. des Sc.*, 19 janvier.) — Asthénopie musculaire, par WOODWARD. (*N. York med. journ.*, 7 février.) — Un cas de parésie traumatique de l'accommodation, par GRIDLEY. (*Med. News*, 14 février, p. 187.) — Des conditions constitutionnelles combinées avec l'amétropie comme cause d'asthénopie, par ROOSA. (*N. York med. journ.*, 28 mars.) — De l'amblyopie congénitale, par MARTIN. (*Ann. d'ocul.*, janvier.) — Anophtalmie congénitale, par DESPAGNET. (*Soc. d'Opht.*, 6 janvier.) — Une année de chirurgie oculaire, par CHEVALLEREAU. (*France méd.*, 3 avril.) — De l'ophtalmie des nouveau-nés, par VALUDE. (*Bull. méd.*, 25 mars.) — La prophylaxie de l'ophtalmie infantile, par GROSSMANN. (*Brit. med. j.*, 7 février.) — Des dangers de l'emploi des solutions de sublimé à doses élevées dans l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par GRANDCLÉMENT. (*Lyon méd.*, 25 janvier.) — Topographie de l'ophtalmie phlycténulaire à Montpellier, par TRUC. (*Montpellier méd.*, 16 février.) — Quelques rapports entre les ophtalmies granuleuses, lymphatiques et lacrymales, par TRUC. (*Ibid.*, 1^{er} avril.) — De l'excision du cul-de-sac conjonctival dans le traitement de l'ophtalmie granuleuse, par PANSIER. (*Ibid.*, 1^{er} mars.) — Traitement chirurgical de l'ophtalmie granuleuse, par DARIER. (*Practitioner*, janvier.) — Diagnostic et traitement de l'hyperphorie, par HANSELL. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — Recherches pour servir à l'étude de la conduite à tenir en présence d'un œil en plein phlegmon, par BOÉ. (*Ann. d'ocul.*, janvier.) — Anatomie pathologique de la panophtalmie, par SCHOEHL. (*Arch. of opht.*, XX, 1.) — Nouveaux documents sur l'ophtalmie sympathique, par ABADIE. (*Ann. d'ocul.*, janvier.) — De la résection du nerf optique substituée à l'énucléation du globe dans l'ophtalmie sympathique, par KALT. (*La Clinique franc.*, janvier.) — Attaques périodiques d'ophtalmie sympathique pendant 10 ans, plaie par balle, extirpation de l'œil, et du corps étranger, cessation des accidents, par RANDOLPH. (*Med. News*, 4 avril.) — Névrite optique orbitaire, amaurose alcoolique et tabagique, par KNAPP. (*Arch. of opht.*, XX, 1.) — Hémipopie homonyme

bilatérale, par SCHWEIGGER. (*Ibid.*, XX, 4). — Quelques observations sur les symptômes oculaires observés dans les affections périphériques du trijumeau, par WIDMARK. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, septembre 1890.) — La névrite optique rétro-bulbaire, par HANSEN. (*N.-York med. record*, p. 517, 8 novembre.) — Troubles oculaires de la syphilis et de l'ataxie, par RENDU. (*Gaz. des hôp.*, 26 février.) — Parallèle des troubles oculaires dans la sclérose en plaques et l'ataxie, par CHARCOT. (*Semaine méd.*, 14 février.) — Déviation conjuguée des yeux, autopsie, par GEE. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVI, p. 106.) — Hémiopie suivie d'hémi-anesthésie et d'hémiplégie, par GEE. (*Ibid.*, p. 109.) — Obs. d'ophtalmoplégie interne et externe, par FERRIER. (*Lancet*, 10 janvier.) — Capsulotomie et capsulectomie ténoniennes, par DRANSART. (*Soc. d'opht.*, 6 janvier.) — Indications et contre-indications de l'énucléation du globe oculaire, par FAGE. (*Thèse de Paris*, 29 janvier.) — Papillite, étiologie, ses rapports avec les affections intra-craniennes, par BULL. (*N. York med. journ.*, 21 février.) Du froid et du chaud en thérapeutique oculaire, par TRUC. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, 31 janvier.) — Note sur les principaux médicaments employés localement dans les affections superficielles de l'œil; indications, contre-indications et dangers que certains d'entre eux peuvent faire courir à la transparence de la cornée, par GRANDCLÉMENT. (*Lyon méd.*, 8 mars.) — Du violet de méthyle dans les affections oculaires, par FLAVEL TIFFANY. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 28 février, p. 302.) — De l'électrolyse dans les maladies des yeux, trachome, ulcère cornéen, fistule lacrymale; cancroïde de la paupière, par KAEMPFER. (*Therap. Monats.*, mars.)

Oesophage. — Fistule œsophagotrachéale congénitale, par GRANDON. (*Soc. anat.*, janv., p. 71.) — Diverticules de l'œsophage, par CHAVASSE. (*London path. Soc.*, 20 janvier.) — Diverticule de l'œsophage amenant de l'obstruction, gastrostomie, mort six ans plus tard, par WHITEHEAD. (*Lancet*, 3 janvier.) — Varices œsophagiennes dans l'hématémèse de la cirrhose, par ASTON. (*Brit. med. j.*, 17 janvier.) — Rétrécissement de l'œsophage, gastrostomie, par DUNCAN. (*Edinb. med. journ.*, avril.) — Rétrécissement de l'œsophage par épaississement interstitiel de ses parois, hypertrophie fibroïde, par ROE. (*N. York med. journ.*, 14 mars.) — De l'œsophagotomie externe pour extraction de corps étrangers de l'œsophage, par GROSS. (*Semaine méd.*, 11 février.) — Obs. d'œsophagotomie pour un fragment d'os de poulet, par MORSE. (*Brit. med. j.*, 21 février.) — Deux cas de tumeurs malignes de l'œsophage, sarcome et épithéliome, par SHAW. (*London path. Soc.*, 17 mars.) Cancer de l'œsophage avec perforation de la trachée et des bronches, mort, par MACKENZIE. (*Journ. of laryng.*, février.) — Tumeur maligne de l'œsophage vue au laryngoscope, par MONTGOMERIE. (*Ibid.*, janvier.) — Épingle ayant perforé l'œsophage, mort par infection purulente, par DAGRON. (*Soc. anat. Paris*, 9 janvier.) — Sur le tubage permanent de l'œsophage, par MIXTER. (*Boston med. journ.*, 1^{er} janvier.)

Olfaction. — Olfactomètre fondé sur la diffusion à travers les membranes flexibles, par HENRY. (*Acad. des sc.*, 9 février.) — Recherches nouvelles d'olfactométrie, par HENRY. (*Ibid.*, 20 avril.)

Oreille. — La méthode de corrosion dans l'étude de l'anatomie de l'oreille, par RANDALL. (*Amer. journ. of med. sc.*, janvier.) — Anatomie de la région mastoïdienne, par BIRMINGHAM. (*Royal Acad. of med. Ireland*, 9 janvier.) — De la tubérosité auriculaire des reptiles; étude sur la phylogénie de l'oreille externe, par SCHWALBE. (*Anat. Anzeiger*, VI, 2.) — Anatomie physiologique des osselets de l'oreille, par LARSEN. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXII, 16.) — Le centre auditif, par FERGUSON. (*Journ. of anat.*, janvier.) —

De l'audition colorée, par NIMIER. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 21 mars.) — Recherches sur la physiologie de l'oreille moyenne, par SECCHI. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 oct. 1890.) — Statistique de maladies d'oreille, par BURKNER. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 octobre 1890.) — Moyens opératoires de remédier aux troubles de l'audition, par DEUCH. (*Arch. of otol.*, XX, 1.) — A propos d'un cas de vertige de Ménière, par SAMIER. (*Bull. méd.*, 4 février.) — Des hémorragies névropathiques de l'oreille sans perforation de la membrane tympanique, par LUC. (*Arch. de laryng.*, IV, 1.) — Surdité avec absence du tympan, par BATES. (*N. York med. journ.*, 28 février.) — Opérations pour corriger les difformités dues aux oreilles proéminentes, par MONKS. (*Boston med. journ.*, 22 janvier.) — Traitement de l'inflammation de la trompe d'Eustache, par SEISS. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — Recherches histologiques et bactériologiques sur l'otite moyenne dans la diphtérie, par MOOS. (*Arch. of otol.*, XX, 1.) — Mastoïdite double à la suite d'otite moyenne purulente, opération, guérison, par RICHARDS. (*N. York med. journ.*, 17 janvier.) — Otite moyenne purulente chronique comme cause de névralgie faciale persistante, par DEUCH. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — Ponction des cellules mastoïdiennes, par COLLIER. (*Lancet*, 28 février.) — Préparation d'une ankylose osseuse de l'étrier, par KATZ. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 octobre 1890.) — Indications de l'excision de l'enclume et du marteau, par STAEKE. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 octobre 1890.) — Indications de la ténotomie du tenseur du tympan, par KESSEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 octobre 1890.) — Perforation du tympan dans les cas de sclérose, par SKIRMUNSKY et KRAKAUER. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 octobre 1890.) — Modification au traitement de l'otite moyenne suppurée chronique par l'acide borique, par SCHEIBE. (*Münch. med. Woch.*, 7 avril.) — Symptômes toxiques produits par l'instillation de cocaïne dans l'oreille moyenne, par FICANO. (*Gazzetta degli ospitali*, 1890.) — Du lysol et du naphthol B dans le traitement des affections de l'oreille, par HAUG. (*Münch. med. Woch.*, 17 mars.) — L'emploi de la pilocarpine dans certaines maladies de l'oreille, abus du remède, par POLITZER. (*Lancet*, 3 janvier.) — Le menthol et l'eucalyptus dans les affections de l'oreille moyenne, par BRONNER. (*Arch. of otology*, XX, 1.) — L'influence du sexe sur la prédominance des affections de l'oreille à droite ou à gauche, par LEWENBERG. (*Deutsche med. Woch.*, né 49, 1890.) — Cas singulier de tumeur auriculaire, par HOLMES. (*Lancet*, 21 mars.) — Du cholest tome de l'oreille, par POLITZER. (*Wiener med. Woch.*, 21 février.) — Tumeurs osseuses du méat, extirpation, par PRITCHARD. (*Arch. of otol.*, XX, 1.) — Deux cas de carcinome du pavillon de l'oreille, par VALYOR. (*Rev. de laryng.*, 15 février.)

Oreillons. — De la lésion dans la surdité par les oreillons, par GELLÉ. (*Arch. de laryng.*, IV, 2.)

Os. — La situation du trou nourricier de l'humérus et sa valeur comme point de repère dans les mensurations de cet os, par JABOULAY. (*Province méd.*, 7 février.) — Détermination rationnelle des pièces sternales chez les vertèbres, par LAVOCHAT. (*Acad. des sc.*, 23 février.) — De l'ostéogénèse chirurgicale, par OLLIER. (*Rev. de chir.*, février.) — Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante d'origine pneumique, par RAUZIER. (*Rev. de méd.*, janvier.) — Ostéo-arthrite hypertrophiante pneumonique, examen histologique et chimique des os de l'avant-bras, par THÉRÈSE. (*Soc. anat.*, février, p. 143.) — Les lésions des épiphyse, par MACDOUGALL. (*Edinb. med. journ.*, mars.) — Rapports de l'épiphyse avec l'ostéo-myélite, par NEVE. (*Edinb. med. Journ.*, janvier.) — Sur le décollement juxta piphyseaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus, deux cas, par ROLLET. (*Lyon méd.*, 29 mars.) — Résection de la cavité articulaire de la hanche

pour une inflammation septique des épiphyses, par BARDENHEUER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 3.) — Ostéomyélite ancienne, par FAURE. (*Soc. anat., Paris*, 9 janvier.) — Ostéomyélite du radius, séquestre invaginé, résection du radius, par CHAPUT. (*Soc. anat.*, janv., p. 83.) — Périostite symétrique avec formation d'un nouvel os, par BOWLBY. (*London path. Soc.*, 17 mars.) — Des anomalies osseuses et articulaires, en particulier des croissances partielles et des exostoses cartilagineuses multiples, par BESSEL-HAGEN. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 3.) — Traitement des cals vicieux avec chevauchement par l'ostéotomie oblique, par SARDOU. (*Thèse de Paris*, 28 janvier.) — De l'incision exploratrice dans le diagnostic topographique des ostéosarcomes périostiques, d'une cause d'erreur peu connue, par THIÉRY et CAZENAVE. (*Soc. anat.*, 6 mars.) — Ostéosarcome d'un métatarsien, par DELBET. (*Soc. anat.*, janvier, p. 74.) — L'opération du genu valgum de Mac Ewen, par SIPPPELL. (*Therap. Monats.*, mars.) — La question du traitement de l'ostéomalacie par la castration, par HOFMEIER. (*Cent. f. Gynaek.*, 21 mars.)

Ovaire. — Étude des follicules de de Graaf et des corps jaunes, par GASTEL. (*Thèse de Paris*, 29 janvier.) — La palpation des ovaires normaux, par KELLY. (*Americ. j. of obst.*, février.) — Traitement conservateur des ovaires adhérents mais à fonction régulière, et des trompes, par BUTLER-SMYTHE. (*Lancet*, 21 février.) — Des hémorragies de l'ovaire, par GUIBERT. (*Gaz. hebdomadaire de Montpellier*, 21 mars.) — Extirpation des ovaires sarcomateux chez une pseudo-hermaphrodite, par KRUG. (*Americ. journ. of obst.*, janvier.) — De la ponction des kystes uniloculaires de l'ovaire, par WILSON. (*Med. news*, 17 janvier, p. 61.) — Kyste dermoïde de l'ovaire, par POLLOSSON. (*Lyon méd.*, 1^{er} mars.) — Tumeur de l'ombilic; tumeurs malignes des ovaires, par VILLAR. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 février.) — De la torsion en spirale du pédicule des tumeurs de l'ovaire, par KUESTNER. (*Cent. f. Gynaek.*, 14 mars.) — Des phénomènes cliniques observés chez les femmes à la suite de l'ablation de parties séparées de l'appareil génital (ovaires, utérus), par N. GRAMMATIKATI. (*Vratch*, 1.)

P

Palais. — Du rôle du voile du palais dans la respiration, par COUETOUX. (*Ann. mal. de l'or.*, mars.) — Adénome du palais, par PAGE. (*Lancet*, 10 janvier.) — Sarcome mélanique de la voûte palatine, par MAUDE. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXVI, p. 169.)

Paludisme. — Photographies des hématozoaires du paludisme, par LAVERAN. (*Soc. de biol.*, 31 janvier.) — Des parasites du sang dans les fièvres malariales tropicales, par DOCK. (*Fortsch. d. Med.*, IX, 5.) — Du polymitus malariae, par DANILEWSKY. (*Cent. f. Bakt.*, IX, 12.) — Les parasites de la malaria chez les oiseaux, par GRASSI et FELETTI. (*Ibid.*) — Résultats de l'examen numérique des hématies dans quelques cas d'hypertrophie splénique d'origine paludique, par EVANS. (*Brit. med. J.*, 11 avril.) — L'eau des régions paludiques comme cause d'infection, par SALOMONE-MARINO. (*Sicilia med.*, III, 2.) — Sur la transformation et l'identité de nature des types dans la fièvre intermittente alluvionique, par TREILLE. (*Soc. de biol.*, 17 janvier.) — Une épidémie d'origine paludique caractérisée par la congestion aiguë du rein et des lésions inflammatoires concomitantes du cœur, par DWIGHT. (*N. York med. Journ.*, 10 janvier.) — Métorrhagies de cause

- paludéenne après la délivrance, par LIÉGEOIS. (*Arch. de tocol.*, janvier.) — De la pathologie des suites de couches dans les pays paludéens, par ABELIN. (*Ibid.*, janvier.) — L'élément paludique dans l'oophoralgie, par COE. (*Americ. J. of med. sc.*, avril.) — La prophylaxie de la fièvre intermittente par la quinine, par LONGUET. (*Semaine méd.*, 7 janvier.)
- Pancréas.** — Action des antiseptiques sur le ferment saccharifiant du pancréas, doses antiseptiques et antizymotiques, par ABELOUS. (*Soc. de biol.*, 21 mars.) — Extirpation du pancréas, diabète sucré expérimental, par HÉDON. (*Gaz. hebdom.*, 10 janvier.) — Sur les phénomènes consécutifs à l'altération du pancréas déterminée expérimentalement par une injection de paraffine dans le canal de Wirsung, par HÉDON. (*Acad. des sc.*, 6 avril.) — Sur les troubles consécutifs à la destruction du pancréas, par GLEY (*Ibid.*) — Kyste du pancréas, laparotomie, drainage, guérison, par RICHARDSON. (*Boston med. Journ.*, 29 janvier.)
- Pansement.** — L'eau chaude dans le traitement des lésions chirurgicales, par Mc INTOSH. (*N. York med. Journ.*, 28 février.) — De la stérilisation des objets de pansement, par GLEICH. (*Wiener klin. Woch.*, 5.) — Un stérilisateur à vapeur pour matériel de pansement, par KASCHKAROFF. (*Cent. f. Chir.*, 28 mars.)
- Paralysie.** — De la paralysie faciale bilatérale comme forme de polynévrite, par ALTHAUS. (*Lancet*, 28 mars.) — Lésions de certaines parties du système nerveux dans un cas d'hémiplégie spasmodique, par GOODALL. (*Journ. of mental sc.*, avril.) — Paralysie, suite d'injection d'éther, par EBERHART. (*Cent. f. Gynæk.*, 21 mars.) — Paralysie pseudo-hypertrophique et arthrites sèches, par FOURNIER. (*Gaz. méd. Picardie*, janvier.) — De la démarche chez les hémiplégiques, par CHARCOT. (*Gaz. des hôp.*, 10 février.) — Changement de l'attitude du corps dans le cours de la maladie de Parkinson, par BIDON. (*Rev. de méd.*, janvier.) — Des troubles visuels dans la maladie de Parkinson, par GALEZOWSKI. (*Soc. de biol.*, 7 février.)
- Paralysie générale.** — Sur la paralysie générale d'origine syphilitique, par CAMUSET. (*Ann. méd. psych.*, n° 1.) — Etude médico-légale de la paralysie générale, par ACQUERIN. (*Thèse de Paris*, 22 janvier.)
- Parole.** — Essai historique sur la localisation du langage, par BOUISSON. (*Montpellier méd.*, 16 mars.) — Deux cas d'idioglossie, par WHITE et BIRD. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 10 mars.) — Les paraphasiques, troubles du langage simulant la démence incohérente, par CHARPENTIER. (*Gaz. des hôp.*, 24 février.) — Certains troubles de l'articulation chez l'enfant, résultats de l'éducation, par HADDEN. (*Journ. ment. sc.*, janvier.)
- Parotide.** — De la parotidite à pneumocoques, par GALAND. (*Thèse de Paris*, 16 avril.) — Parotidite à pneumocoques, par DUPLAY. (*Semaine méd.*, 14 janvier.) — Tumeur parotidienne présentant les caractères d'un cylindrome, par KUMMER. (*Rev. méd. Suisse romande*, X, 761.) — Enchondrome de la parotide par LE DENTU. (*Gaz. des hôp.*, 8 janvier.)
- Pathologie.** — Valeur de la pathologie comparée pour la chirurgie philosophique, par BLAND SUTTON. (*Brit. med. J.*, 14 février.) — Les éléments principaux du pronostic et du diagnostic, par POTAIN. (*Gaz. des hôp.*, 9 avril.)
- Paupière.** — Traitement de la blépharoptose, par HEISRATH. (*Berl. klin. Woch.*, 3 décembre 1890.) — Quelques nouvelles opérations d'entropion par le procédé de Gayet, par CHATINIÈRE. (*Montpellier méd.*, 16 mars.) —

Autoplastie de la paupière, par FAVRE. (*Lyon méd.*, 4 janvier.) — Opération de blépharocheiloplastie, par BENSON. (*Brit. med. J.*, 7 février.) — Sur une nouvelle méthode blépharoplastique pour remplacer une paupière entière après l'extirpation d'une tumeur, par WICHERKIEWICZ. (*Rev. gén. d'ophth.*, X, 1.)

Peau. — Rapport sur le service de dermatologie et de syphiligraphie à l'hôpital d'Elberfeld, de 1887 à 1890, par EICHHOFF. (*Deutsche med. Woch.*, n° 48, 1890.) — Matériaux concernant l'histologie de la peau des mammi-fères, par PLINCKOFF. (*Saint-Petersbourg*, 1890.) — Formation du pigment cutané, par CASPARY. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 1.) — Pathogénie des pigmentations et colorations de la peau, par KAPOSI. (*Ibid.*, XXIII, 2.) — Sur la peau et le cuir chevelu d'un fœtus nègre, par THOMSON. (*Journ. of anat.*, janvier.) — De la disposition aux rougeurs comme cause de troubles morbides, par HUTCHINSON. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XII, 5.) — Traitement de la dermatite herpétiforme, par DUHRING. (*Americ. j. of med. sc.*, février.) — Dermatite herpétiforme, par JAMIESON. (*Edinb. med. Journ.*, janvier.) — Sur un cas de kératodermie palmaire et plantaire occupant les orifices sudoripares, par HALLOPEAU et CLAISSE. (*Soc. de Dermat.*, 12 mars.) — Quelques kératoses des mains et des pieds, par BROOKE. (*Brit. Journ. of Dermat.*, janvier, et *Monats. f. prakt. Dermat.*, XII, 4.) — Une cause de dermatite médicamenteuse, par HAGAN. (*N. York med. Journ.*, 28 mars.) — Sarcome pigmentaire multiple de la peau, par FORDYCE. (*Journ. cutan. dis.*, janvier.) — Les rapports du millium colloïd, dégénération colloïde de la peau et de l'hydradénome, par PHILIPPSON. (*Brit. Journ. dermat.*, février.) — Tolérance de la peau pour les hautes doses d'huile simple ou créosotée, par BURLUREAUX. (*Soc. de dermat.*, 12 mars.) — Pâte de bassorine, nouvelle base pour les préparations dermatologiques, par ELLIOT. (*Journ. of cutan. dis.*, février.)

Pemphigus. — Du pemphigus de la muqueuse nasale et pharyngienne, par SEIFERT. (*Rev. de laryng.* 1^{er} février.)

Périnée. — Du périnée obstétrical, par BONNAIRE. (*Gaz. des hôp.*, 21 mars.) — L'angle utéro-vaginal dans le traitement des déchirures du périnée et du vagin, par RUTHERFORD. (*Americ. Journ. of obst.*, janvier.) — Trois cas de rupture du périnée, par J. KINKEAD. (*Dublin Journ.*, p. 299, octobre 1890.) — Sur la rupture centrale du périnée en accouchements, par DELCROIX. (*Thèse de Paris*, 25 février.)

Péritoine. — De l'action des antiseptiques sur le péritoine, par DELBET, DE GRANDMAISON et BREUER. (*Ann. de gynéc.*, janvier.) — Influence de la laparotomie sur la tuberculose du péritoine, par SYMS. (*N. York med. Journ.*, 7 février.) — De la formation des adhérences péritonéales, par DEMBOWSKI. (*Cent. f. Gynæk.*, 11 avril.) — Péritonite aiguë diffuse consécutive à des lavements abondants dans la dysenterie aiguë, par BALL. (*N. York med. Journ.*, 10 janvier.) — De la péritonite à pneumocoques, par LAJOTTE. (*Thèse de Paris*, 8 janvier.) — Traitement chirurgical dans la péritonite aiguë suppurée, par DAVIS. (*N. York med. Journ.*, 4 avril.) — Sarcome de l'épiploon et du foie, par ANDERS. (*Med. News*, 3 janvier, p. 8.) — Kystes multiloculaires multiples du mésentère, par ROBINSON. (*Brit. med. Journ.*, 31 janvier.)

Pharmacologie. — Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par CRINON. (2^e édit., *Paris*.) — Les anciens et les nouveaux hypnotiques, par CHAPIRO. (*Meditzina*, 1.) — Table des médicaments de la pharmacopée germanique officielle. (*Berlin*.) — Théorie chimique de

l'action physiologique des médicaments résolvanx minéraux fondés sur le système chimique périodique de Mendeleeff, par POLUTA. (*Rev. de méd.*, mars.) — Action des sels, par HOFMEISTER. (*Arch. f. exp. Path.*, XXVIII, 3 et 4.) — Origine tellurique du poison des flèches des naturels des Nouvelles Hébrides, par LEDANTEC. (*Ann. Inst. Pasteur*, IV, 11.) — Etude du poison des flèches du Tonkin, par BINET et HÉDON. (*Arch. de phys.*, III, 2.) — Etude de l'adonis amurensis, par INOKO. (*Arch. f. exp. Path.*, XXVIII, 3 et 4.) — Toxicologie de la caféine, par BINZ. (*Ibid.*, XXVIII, 3 et 4.) — De l'aloès, par MEYER. (*Ibid.*, XXVIII, 3 et 4.) — Passage de l'atropine par le lait, par FUBINI et BONANNI. (*Arch. ital. de biol.*, XV, 1.) — Action de la cocaïne sur la contractilité du protoplasma, par ALBERTONI. (*Ibid.*, XV, 1.) — Action de la digitaline amorphe sur la circulation cardiopulmonaire, par BAYET. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 5 janvier.) — De l'action de la thébaïne, de la narcotine et de leurs dérivés, par STOCKMAN et DOTT. (*Brit. med. J.*, 24 janvier.) — Action de l'orexine, par MATTHES. (*Münch. med. Woch.*, 14 avril.) — Etude clinique et expérimentale de l'ergot de seigle, par HEMMETER. (*Med. News*, 31 janvier.) — Action des sels de cantharidine, par LIEBREICH. (*Therap. Monats.*, mars.) — De l'action de la nicotine sur la circulation, par WERTHEIMER et COLAS. (*Arch. de phys.*, III, 2.) — Nature et pathogénie des convulsions par la picrotoxine, par GIOFFREDI. (*Incurabili*, V.) — De l'action physiologique de la tanghinine cristallisée extraite du tanghina vénéneux, poison d'épreuve de Madagascar, par RASAMIMANANA. (*Thèse de Lyon*.) — Recherches calorimétriques sur l'action de la quinine et de l'antipyrine, par GOTTLIEB. (*Arch. f. exp. Path.*, XXVIII, 3 et 4.) — Valeur nutritive de l'asparagine, par J. KÖNIG. (*Cent. für die med. Wiss.*, 1890, p. 849.) — Action physiologique du Kava-Kava, par CERNA. (*Therap. Gaz.*, 15 janvier.) — Sur l'action physiologique de l'euphorine et de quelques corps analogues, par GIACOSA. (*Arch. ital. de biol.*, XV, 1.) — Phénomènes caloriques chez les animaux curarisés, par REICHERT. (*Therap. Gaz.*, 16 mars.) — Sur l'action de l'oxyde de carbone et de l'hydrogène sulfuré sur le cœur, par SPALLITTA et PINAZZI. (*Sicilia med.*, III, 2.) — Action de l'acide sulfureux sur quelques champignons inférieurs et en particulier sur les levures alcooliques, par LINOSSIER. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 3.) — Action de l'huile sur l'organisme animal, par CALDWELL. (*Therap. Gaz.*, 16 mars.) — Transformation du bromoforme dans le sang, par BINZ. (*Arch. f. exp. Path.*, XXVIII, 3 et 4.) — De l'action physiologique du méthylyl, par MARANDON DE MONTYEL. (*France méd.*, 27 février.) — De l'ichthyol, par LYON. (*Ann. de méd.*, 28 janvier.) — Recherches pharmacologiques sur quelques pyrazoles, en particulier sur le méthyl-phénylpyrazolcarbolique, par TAPPEINER. (*Arch. f. exp. Path.*, XXVIII, 3 et 4.) — Sur les effets physiologiques de la triméthylamine, par COMBEMALE et BRUNELLE. (*Soc. de biol.*, 14 mars.) — Action de la saccharine sur le cœur, par J. LOUTZENKO. (*Meditzina*, Af., 2.) — Sur la formation de méthémoglobine, par des doses élevées d'antipyrine, par BALDI. (*La Terapia med.*, n° 2, 1890.) — L'acétanilide, par YVON. (*Arch. de neurol.*, janvier.) — Les couleurs d'aniline comme antiseptique, par STILLING. (*Arch. f. exp. Path.*, XXVIII, 3 et 4.) — Sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques des couleurs d'aniline et en particulier de la pyocyanine et du bleu de méthylène, par TISSIER. (*Ann. de méd.*, 11 mars.) — Sur l'action antiseptique des couleurs d'aniline, par MORAU. (*Soc. de biol.*, 14 mars.) — Des effets physiologiques toxiques du nickel carbonylé, par HANRIOT et RICHET. (*Ibid.*) — Sur l'action antiseptique des couleurs d'aniline, par MALASSEZ. (*Soc. de biol.*, 21 mars.) — De l'action de l'acide phénique sur les animaux, par DUPLAY et CAZIN. (*Acad. des sc.*, 23 mars.) — Phénate de camphre, par COCHRAN. (*Therap. Gaz.*, 16 février.) — Recher-

ches sur l'action physiologique de l'acide paracrésolique, par CHARTERIS. (*Brit. med. J.*, 28 mars.) — De la pipérazidine, par VOGT. (*Soc. de théér.*, 25 février.) — De la spermine, préparation, par JÜRGENS. (*Pharm. Zeit. f. Russland*, XXIX, p. 726.) — Etude pharmacologique et thérapeutique de l'arsenic, par AULDE. (*N. York med. Journ.*, 4 avril.) — Pharmacodynamie de l'acide phosphorique, par SCHULZ. (*Therap. Monats.*, février.) — Recherches expérimentales sur l'acide sulfuricinique, par BERLIOZ. (*Soc. de théér.*, 25 février.)

Pharynx. — Atlas des maladies de la bouche et de la gorge, par MIKULICZ et MICHELSON. (*Berlin.*) — Hypertrophie de l'amygdale pharyngée, par FLETCHER INGALLS. (*Med. News*, 21 mars.) — Arrêts de développement et déformations provoqués par l'hypertrophie du tissu adénoïde du pharynx nasal, par NOQUET. (*Bull. méd. du Nord*, 13 mars.) — Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants, par CHAUMIER. (*Bull. acad. de méd.*, 27 janvier.) — Ciseaux-pinces pour l'ablation des tumeurs adénoïdes du pharynx, par HINKEL. (*N. York med. Journ.*, 4 avril.) — Ciseaux nasopharyngiens de Raynor, modification de BRYAN. (*Ibid.*, 3 janvier.) — Les manifestations du rhumatisme et de la goutte du côté de la gorge, par ROBINSON. (*N. York med. record*, 6 décembre 1890.) — Spasmes cloniques du pharynx, aérophagie hystérique, par BOUVERET. (*Rev. de méd.*, février.) — Affection ulcéreuse du pharynx et du larynx dans le cours de la fièvre typhoïde, par ROQUE. (*Province méd.*, 3 janvier.) — Du ténésme pharyngien, par LENNOX BROWNE. (*Arch. de laryngol.*, IV, 1.) — Un cas de pharyngite fibrineuse datant de deux ans, par ONODI. (*Rev. de laryng.*, 1^{er} mars.) — Phlegmon aigu infectieux primitif du pharynx, par HÖHLEIN. (*St. Petersb. med. Woch.*, 12 janvier.) — Phlegmon infectieux du pharynx, de l'œsophage, du larynx, mort, par SAUVINEAU. (*Soc. anat.*, 20 février.) — Retrecissement cicatriciel de l'isthme du gosier d'origine syphilitique, par SAUVINEAU. (*Ann. de Dermat.*, II, 3.) — Ulcération syphilitique perforante de la paroi postérieure du pharynx, ulcération de la carotide interne, mort, par RAULIN. (*Ann. polyclin. Bordeaux*, juillet 1890.) — Des tumeurs rétro-pharyngées, par HIRSCHBERG. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 4.) — Fibrome naso-pharyngien, ablation par un nouveau procédé (galvano-cautère et injection de perchlorure), par THUDICHUM. (*Lancet*, 31 janvier.) — Polype du pharynx, par LAGOUTTE. (*Lyon méd.*, 8 mars.) — Ablation d'un épithéliome pharyngé, par LANGE. (*N. York surg. Soc.*, 14 janvier.) — De la pharyngo et œsophagoplastie, par RITTER VAN HACKER. (*Cent. f. Chir.*, 14 février.)

Pied. — Chirurgie conservatrice dans les traumatismes du pied par WILSON. (*Med. News*, 24 janvier.) — Orteil en marteau, les traitements qui lui sont appliqués, par BILHAUT. (*La Clin. française*, janvier.) — Sur le traitement des pieds bots en général et du varus équin en particulier, par MARLIER. (*Bull. méd. Vosges*, janvier.) — Traction forcée intermittente dans le traitement du pied bot, par SCHAFFER. (*Med. News*, 28 mars.) — Appareil pour la correction du pied bot équin varus, par DANE. (*Boston med. Journ.*, 12 mars.) — Le traitement du varus équin, par PHELPS. (*N. York med. record*, 29 novembre 1890.) — Traitement du pied bot talus paralytique, par JUDSON. (*Rev. d'orthop.*, II, 1.) — Double équin varus congénital, résection des deux tarses par JONES. — Résection de l'articulation astragalo-scaphoïdienne pour un pied plat par le même. (*N. York Acad. of med.*, 16 janvier.) — Traitement du pied plat, par LANDERER. (*Münch. med. Woch.*, 27 janvier.)

Pigment. — Note sur le pigment mélanique et son mode de préparation, par LAGRANGE. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 mars.)

Physiologie. — Traité de physiologie et de pathologie chimiques, par HALLIBURTON. (Londres.) — Lavoisier et son influence sur les progrès de la physiologie, par ROSENTHAL. (*Rev. scient.*, 10 janvier.) — Des phénomènes extérieurs que l'on observe sur la tête et le tronc des décapités et de leur signification physiologique, par LABORDE. (*Soc. de biol.*, 7 février.)

Placenta. — Théorie de la structure du placenta, par MINOT. (*Anat. Anzeiger*, VI, 5.) — Traitement du placenta prævia, par EVERKE. (*Therap. Monats.*, février.)

Plaie. — De l'infection par le catgut dans le traitement des plaies, par KLEMM. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 4.) — Plaie par arme à feu du condyle interne du fémur, par JULIEN. (*France méd.*, 3 janvier.)

Plèvre. — La tuberculose et ses rapports avec la pleurésie primitive, par BOECHER. (In-8°, *Copenhague*.) — Sur les lois qui régissent la pectoriloquie aphone dans les exsudats pleurétiques, par RUMMO. (*Wiener med. Woch.*, n° 2.) — Un cas d'œdème pulmonaire aigu suite de thoracentèse, spirales de Curchsmann dans les crachats, par KOVACS. (*Wiener klin. Woch.*, 15 janvier.) — De la pleurésie hémorragique au cours de la cirrhose alcoolique, par JEAN. (*Thèse de Paris*, 18 mars.) — Des pleurésies purulentes, par COURTOIS-SUFFIT. (*Thèse de Paris*, 22 janvier.) — La pathologie de l'empyème, par BEWLEY. (*Dublin Journ.*, novembre.) — La pleurésie purulente à streptocoques, par LYON. (*Ann. de méd.*, 1^{er} avril.) — Pronostic et traitement des pleurésies purulentes, par GUILLEMAIN. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 11 avril.) — Trois observations d'empyème, par HANOT. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — A propos d'un article de Bülow. Le drainage à siphon dans l'empyème, par GLÄSER. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 5 et 6.)

Poumon. — L'anatomie des poumons par corrosion, par ROOSEVELT. (*N. York med. Journ.*, 7 mars.) — Recherches sur l'influence de la pression du sang pulmonaire sur le poumon en collapsus, par HOSBORN. (*Lancet*, 21 mars.) — La fièvre pleuro-pneumonique à Scott en 1890, par EMINSON. (*Lancet*, 28 mars.) — Pronostic de la pneumonie, croupale par DRUMMOND. (*Lancet*, 21 mars.) — Des déformations ostéo-articulaires consécutives à des maladies de l'appareil pleuro-pulmonaire, par LEFEBVRE. (*Thèse de Paris*, 25 février.) — De la pneumonie croupale à foyers disséminés, par GALVAGNI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXIV, 4.) — Des abcès pneumoniques, par FREY. (*Thèse de Paris*, 19 février.) — Des affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie franche, par BOULAY. (*Thèse de Paris*, 22 janvier.) — Le salol dans la pneumonie, par BOSLEY. (*N. York med. Journ.*, 31 janvier.) — Traitement de la pneumonie par la digitale, par PÉTRESKO. (Infusion de 4 à 8 grammes par jour; sur 825 cas, mortalité de 2,06.) (*Berlin. klin. Woch.*, p. 809, 1890.) — Pneumonie, traitement par les injections de bromhydrate de quinine, par LASSALLE. (*Montpellier méd.*, 1^{er} avril.) — Le traitement de la pneumonie lobaire et aiguë, d'après 1,000 cas traités à London hosp., par FENWICK. (*Lancet*, 31 janvier.) — Du traitement de la pneumonie croupale, par BRADFUTE. (*Med. News*, 4 avril.) — Le violet de méthyle dans les affections pulmonaires, par MASINI. (*Gaz. de Ospit.*, 11 mars.) — Abcès pulmonaire, pneumotomie, guérison, par GREENE. (*Lancet*, 24 janvier.) — De la chirurgie du poumon, par TAEUFERT. (*Münch. med. Woch.*, 6 janvier.)

Poids. — Analyse expérimentale de quelques éléments de la sensation de poids, par CHARPENTIER. (*Arch. de phys.*, III, 1.)

- Poil.** — *Demodex folliculorum* dans les cils, par STIEDA. (*Berl. klin. Woch.*, 3 décembre 1890.)
- Prostate.** — Prostatisme chez la femme, par CHEVALIER. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, janvier.) — De la cystotomie suspubienne dans l'hypertrophie prostatique, par SAGAZE. (*Montpellier méd.*, 1^{er} mars.) — Remarques sur le traitement de Bottini de l'hypertrophie prostatique, par MOROTTI. (*Edinb. med. Journ.*, mars.) — Résection de la prostate pour hypertrophie, par TOBIN. (*Brit. med. Journ.*, 14 mars.) — Extirpation de la prostate hypertrophiée, par WEIR. (*N. York Acad. of med.*, 12 janvier.)
- Protozoaires.** — Présence de corps sporazoïdes dans le protoplasma d'un ulcère oriental, par FIRTH. (*Brit. med. J.*, 10 janvier.) — Nos connaissances sur les protozoaires pathogènes, par PFEIFFER. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, 24.) — De la psorosperme folliculaire, par LUSTGARTEN. (*Journ. of cutan. dis.*, janv.) — Psorosperme, par PIFFARD. (*Ibid.*) — Recherches sur la digestion intra-cellulaire chez des protozoaires, par LE DANTEC. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 3.)
- Prurigo.** — Notes cliniques et pathologiques sur le prurigo, par TAYLOR et VAN GIESON. (*N. York med. Journ.*, 3 janvier.) — Du prurigo hivernal, par DUBREUILH. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 février.) — La sensation du prurit, par BRONSON. (*N. York med. record.* 18 oct. 1890.) — Etude du prurit printanier, d'hiver, de gelure, par CORLETT. (*Journ. of cutan. dis.*, février.)
- Psoriasis.** — Nature parasitaire du psoriasis, traitement par le mercure, par MAPOTHER. (*Brit. med. J.*, 17 janvier.)
- Psychologie.** — Sur les variations progressives d'intensité des phénomènes de mémoire, par PANETH. (*Cent. f. Phys.*, IV, p. 81.) — Les rêves. Physiologie et pathologie, par PH. TISSIÉ. (*Paris*, 1890.)
- Ptomaïne.** — De la cadavérine, par BRIEGER. (*Therap. Monats.*, février.)
- Puerpéral.** — Forme rare d'infection puerpérale, par HANCE. (*Americ. J. of obst.*, mars.) — Infection post-puerpérale, lavage intra-péritonéal; guérison, par GALLOIS. (*Dauphiné méd.*, 1^{er} janvier.)
- Purpura.** — Etiologie et étude du purpura hemorrhagica avec notes thérapeutiques, par LETZERICH. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 5 et 6.) — Purpura fulminans, mort, par COLLIE. (*Lancet*, 21 mars.) — Etat du sang dans le purpura hemorrhagica, par SPIETSCHKA. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 2.) — Purpura simple cataménial, par MORIN. (*Bull. méd.*, 4 janvier.)
- Pyohémie.** — De la pyohémie médicale par PRADEL. (*Thèse de Paris*, 11 mars.)

R

- Rachis.** — La fissure vertébrale latérale, par JABOULAY. (*Province méd.*, 21 février.) — Etiologie des scolioses, par LOWETT. (*Boston med. journ.*, 1^{er} janvier.) — Causes de la rotation des vertèbres dans la scoliose, par LITTLE (*Lancet*, 24 janvier.) — De la rotation dans la courbure latérale de la colonne vertébrale, par JUDSON. (*N. York med. record.*, p. 483, 1^{er} novembre 1890.)

Rachitisme. — Sur le rachitisme provoqué chez les oiseaux, par POMMAY. (*Soc. de biol.*, 17 janvier.) — Du rachitisme, par BAUMEL. (*Gaz. hebdomadaire de Montpellier*, 21 mars.) — Sur le traitement du rachitisme par le phosphore, par VOUTE. (*Bull. de thérap.*, 15 avril.)

Rage. — Sur la manière dont se comporte le virus de la rage dans le vide et dans plusieurs gaz, par BRUSCHETTINI. (*Ann. de microg.*, n° 1.) — Etude clinique de la rage humaine, par MARCHAIS. (*Thèse de Paris*, 19 mars.) — Mort de rage (enfant) 2 ans et 4 mois après la morsure, par SPENCER. (*Brit. med. journ.*, 7 février.) — Quelques réflexions sur la méthode antirabique de Pasteur, par DRZEURECKI. (*New York med. record*, p. 481, 1^{er} novembre 1890.)

Rate. — Développement du tissu réticulé dans la rate, par LAGUESSE. (*Soc. de biol.*, 17 janvier.) — Le tissu splénique et son développement, par LAGUESSE. (*Anat. Anzeiger*, VI, 5.) — Sur la fonction de la rate dans les maladies infectieuses, par BARDACH. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 1.) — Rate hypertrophiée et déplacée, par ANDREWES. (*St Barthol. hosp. Rep.*, XXVI, p. 131.) — Sur un cas de splénomégalie primitive, par BRUHL. (*Gaz. des hôp.*, 3 mars.)

Rectum. — Malformation de l'anus et du rectum, colotomie inguinale droite, opération plastique sur l'anus, guérison, par SWAIN. (*Lancet*, 17 janvier.) — Polypes multiples du rectum chez une mère et son enfant, par BICKERSTETH. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXVI, p. 299.) — Résection du rectum avec transplantation plastique de la partie anale, par LANGE. (*N. York surg. Soc.*, 14 janvier.) — Ablation simultanée du rectum et d'une tumeur ovarienne après extirpation de la partie inférieure du sacrum, par LANGE. (*Ibid.*) — Les nouveaux traitements opératoires du prolapsus du rectum, par LEFÈVRE. (*Thèse de Paris*, 26 février.) — Forme d'excroissance multiple des glandes de la muqueuse intestinale et rectale dans le cancer du rectum, par BARDENHEUER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 4.) — Cancer de l'humérus secondaire à un cancer rectal supérieur, par PITTS. (*London pathol. Soc.*, 17 février.) — De la colotomie iliaque dans le traitement du cancer du rectum, soins consécutifs, par ADAMSKI. (*Thèse de Paris*, 22 janvier.)

Réflexe. — Quelques mots sur un réflexe nouveau décrit par Onanof et Hughes, par BROWN-SÉQUARD. (*Arch. de phys.*, III, 2.)

Rein. — Les veines de la capsule adipeuse du rein, par TUFFIER et LEJARS. (*Arch. de phys.*, III, 1.) — Débris de capsule surrénale dans les organes dérivés du corps de Wolff, par PILLIET. (*Progrès médical*, 3 janvier.) — L'hérédité comme facteur dans la pathologie rénale, par KENNEDY. (*N. York med. journ.*, 21 mars.) — Rein unique, asymétrique, hypertrophié; bassin dilaté, par COLLINS. (*London path. Soc.*, 17 février.) — Situation et configuration anormales des reins, par A. KRUSE. (*Soc. méd. de Greifswald*, 1^{er} novembre 1890.) — Des modifications microscopiques des reins à la suite de compression bilatérale du thorax, par SEELIG. (*Arch. f. exper. Path.*, XXVIII, 3 et 4.) — De la néphrite chez les phthisiques, par KAHLDEN. (*Cent. f. allg. Path.*, II, 3.) — Des troubles vésicaux et des altérations de l'urine symptomatiques des affections rénales, par BROUD. (*Thèse de Bordeaux*.) — Des néphrites partielles; valeur diagnostique et pronostique de la persistance d'un taux fixe, irréductible, d'albumine dans les urines, par CUFFER et GASTOU. (*Rev. de méd.*, février.) — De la folie brightique, par JOFFROY. (*Bull. méd.*, 4 février.) — Des manifestations délirantes de l'urémie, par FLOYANT. (*Thèse de Paris*, 26 février.) —

Sur le régime des brightiques, par STCHERBANOFF. (*Thèse de Paris*, 15 janvier.) — Comment les débris huileux sont enlevés dans la néphrite catarrhale, par HAMILTON. (*Journ. of anat.*, janvier.) — Caillots globuleux du cœur dans l'urémie, par FUERBRINGER. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 juin 1890.) — Etat actuel de la science sur la gravelle et les calculs du rein, par G. SÉE et LALOY. (*La Médecine moderne*, 8 janvier.) — Des lésions septiques des reins calculeux, par LEGUEN. (*Soc. anat.*, 13 février.) — Débris de tissu rénal éliminés par l'urètre, par RATTRAY et SMITH. (*Brit. med. j.*, 31 janvier.) — De la chirurgie moderne du rein, par OBALINSKI. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 16.) — Diagnostic des affections chirurgicales des reins, séméiologie, exploration, par GUYON. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 mars.) — Rupture probable de l'urètre par violence externe, laparotomie, guérison, par ALLINGHAM. (*Brit. med. j.*, 28 mars.) — Deux cas de rupture du rein droit dont un avec rupture du foie, par CAMPBELL. (*Edinb. med. journ.*, février.) — Hydronéphrose, ablation, par TILLIER. (*Lyon méd.*, 18 janvier.) — Hémohydronéphrose due à une blessure légère, drainage, guérison, par BARLING. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — Rein flottant, néphrorraphie, par MORRIS. (*N. York med. journ.*, 4 avril.) — Tumeur du rein droit pesant 4 livres et demie, hématurie, mort, par LUNN. (*London path. Soc.*, 17 février.) — Cinq cas de néphrectomie, par FOWLER. (*N. York med. journ.*, 21 février.) — Calculs du rein et de l'urètre au point de vue chirurgical, par LEGUEN. (*Thèse de Paris*, 12 février.) — Néphrolithotomie, après une néphrectomie, pour une anurie complète datant de 5 jours, guérison datant de 5 ans, par LUCAS. (*Royal med. and chir. Soc.*, 13 janvier.) — Extirpation de calculs d'un rein, mort d'hémorragie après la deuxième opération, par GODLEE. (*Ibid.*, 13 janvier.) — Ablation d'un calcul rénal situé dans les muscles de la région lombaire gauche, par M. WERNER. (*Med. News*, 7 février.)

Réséction. — Procédé opératoire pour la réséction totale de la première côte, par CECI. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 3.) — Réséction inférieure de l'humérus, par OLLIER. (*Lyon méd.*, 4 janvier.) — Réséction de la hanche; présentation de l'opéré 13 mois après l'opération, par DUBAR. (*Bull. méd. du Nord*, n° 1, p. 4.) — Réséction de la hanche, par VINCENT. (*Lyon méd.*, 4 janvier.) — La réséction du genou dans la tumeur blanche, par CHRISTOWITCH. (*Bull. de therap.*, 15 mars.) — Réséction orthopédique des deux genoux, un seul pansement pour chaque opération, par JEANNEL. (*Gaz. hebdom. Paris*, 14 mars.) — De la réséction orthopédique du genou pour ankylose angulaire, par URLATIANU. (*Thèse de Paris*, 7 janvier.) — Réséction du genou, par CHAINTRE. (*Lyon méd.*, 11 janvier.) — Etude comparative de la résection du tarse postérieur et de l'opération de Wladimiroff-Mikulicz, par KUMMER. (*Rev. de chir.*, janvier.)

Respiration. — Influence du vague et du sympathique sur les mouvements de la respiration, par SPALLITTA. (*Sicilia med.*, III, 2.) — Recherches sur l'influence des efforts respiratoires exagérés sur les poumons sains, par FALZETTI et MUGGIA. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXIV, 4.) — Influence des pressions extérieures sur la ventilation pulmonaire, par LANGLOIS et RICHET. (*Arch. de phys.*, III, 1.) — Variations produites dans l'exhalation pulmonaire de l'acide carbonique par l'état de repos ou de contraction d'un certain groupe de muscles, par GRÉHANT. (*Soc. de biol.*, 10 janvier.) — De la mesure des combustions respiratoires chez les mammifères, par RICHET. (*Arch. de phys.*, III, 1.) — Théorie des bruits respiratoires perçus par l'auscultation, par GEE. (*St Barthol. hosp. Rep.*, XXVI, p. 103.) — Sur l'un des mécanismes du phénomène de Cheyne Stokes, par WERTHEIMER. (*Arch. de phys.*, III, 1.) — La fonction respiratoire chez les su-

jets atteints d'emphysème pulmonaire, par MUGGIA. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXIV, 4.)

Rétine. — De la rétinite syphilitique et de ses rapports avec les artères rétinienne et l'artérite syphilitique de l'encéphale, par OTSWALD. (*Thèse de Paris*, 14 janvier.) — 9 cas de décollement de la rétine, opération, par WEBSTER. (*N. York med. journ.*, 21 mars.) — Du décollement de la rétine, par EMERSON. (*Ibid.*) — Traitement du décollement de la rétine par les injections de pilocarpine dans la position couchée, par POMEROY. (*Ibid.*)

Rhumatisme. — La cause du rhumatisme aigu, par HAIG. (*Practitioner*, février-avril.) — Recherches étiologiques sur le rhumatisme articulaire, par WAIBEL. (*Münch. med. Woch.*, 3 février.) — Un cas de rhumatisme spinal, par BONETTI. (*Sicilia med.* III, 2). — Des œdèmes rhumatismaux, par BENGUÉ. (*Thèse de Paris*, 18 mars.) — Pseudo-rhumatisme infectieux, par HUE. (*Normandie méd.*, 8 mars.) — Du salol, de son emploi dans les affections rhumatismales tendant à la chronicité, par JACQUEMART. (*Thèse de Paris*, 28 janvier.)

Rougeole. — Epidémie de rougeole à Foundling hospital, par MURRAY. (*Lancet*, 3 janvier.) — La rougeole à l'hospice des Enfants Assistés, par SEVESTRE. (*Progrès médical*, 3 janvier.) — Les lésions histologiques de la peau dans la rougeole, par CATRIN. (*Acad. des sc.*, 9 mars, et *Arch. de méd. exp.*, III, 2.) — 3 cas de rougeole et de scarlatine simultanées, par FLESCH. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 novembre 1890.)

Rubéole. — La rubéole, par LEFLAIVE. (*Gaz. des hôpitaux*, 3 janvier.) — Quelques cas de rubéole, par GALLIARD. (*France méd.*, 21 novembre 1890.)

S

Sang. — L'examen du sang par le moyen de l'hématocrite, par HEDIN. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXII, 9.) — Sur la quantité d'oxygène contenue dans le sang des animaux des hauts plateaux de l'Amérique du Sud, par VIAULT. (*Acad. des sc.*, 2 février.) — De l'enrichissement du sang en hémoglobine, suivant les conditions d'existence, par MUNTZ. (*Ibid.*) — Procédé nouveau pour colorer et conserver les globules rouges du sang, par NIC. MIHAJLOVITS. (*Centr. f. Physiologie*, IV, p. 346.) — Théorie chimique de la coagulation du sang, par ARTHUS et PAGES. (*Acad. des sc.*, 26 janvier.) — Sur le sang sucé par les sangsues, par FUBINI et BENEDICENTI. (*Arch. ital. de biol.*, XV, 1.) — Synthèse des gaz du sang du lapin après élévation de température, par WITKOWSKY. (*Arch. f. exp. Path.*, XXVIII, 3 et 4.) — Action du nickel carbonylé sur les gaz du sang, par LANGLOIS. (*Soc. de biol.*, 21 mars.) — Du rôle des sels de fer dans le sang, par JACOB. (*Arch. f. exp. Path.*, XXVIII, 3 et 4.) — Sur le pouvoir glycolytique du sang chez l'homme, par LÉPINE et BARRAL. (*Acad. des sc.*, 23 mars, et *Lyon méd.*, 15 mars.) — Sur l'isolement du ferment glycolytique du sang, par LÉPINE et BARRAL. (*Acad. des sc.*, 23 février.) — Sur la destruction du sucre dans le sang in vitro, par LÉPINE et BARRAL. (*Acad. des sc.*, 19 janvier.) — Recherches microscopiques sur la réaction du glycogène dans le sang, par GABRITSCHESKY. (*Arch. f. exp. Path.*, XXVIII,

3 et 4.) — Sur le dosage du sucre dans le sang, par SEEGEN. (*Centr. für Physiologie*, IV, p. 217.) — Action de certaines substances médicamenteuses et en particulier de l'extrait de valériane sur la destruction de la glucose dans le sang, par BUTTE. (*Acad. des sc.*, 9 février.) — Sur la gravité spécifique du sang dans la maladie, par COPEMAN. (*Brit. med. j.*, 24 janvier.) — Physiologie et pathologie du sang, par MUIR. (*Journ. of Anat.*, janvier.) — Recherches sur le sang dans l'anémie due à la phtisie, au cancer, à la syphilis et au bothriocéphale, par DEHIO. (*St Petersburg. med. Woch.*, n° 1.) — De l'action bactéricide du sérum sanguin, par GOTSTEIN. (*Therap. Monats.*, avril.) — Sur un hématozoaire du lapin domestique, par JOLYET et NABIAS. (*Journ. méd. Bordeaux*, 1^{er} mars.) — Valeur thérapeutique de la saignée, indications, limites, par PYE SMITH. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 27 janvier.) — De la saignée, par SHAND. (*Edinb. med. journ.*, février.) — Valeur thérapeutique des lavements de sang, par FEDERICI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXIV, 4.)

Sarcome. — Sarcome hématique de la cuisse, par LE DENTU. (*Semaine méd.*, 14 mars.)

Saturnisme. — Le saturnisme dans ses manifestations aiguës et chroniques, par OLIVER. (*Brit. med. j.*, 7 mars.) — Cinq cas d'encéphalopathie saturnine, par TRIMBORN. (*Bonn*, 1890.)

Scarlatine. — Étude historique et critique sur la scarlatine puerpérale, par DURAND. (*Thèse de Paris*, 19 février.) — Les recherches microbiennes dans la scarlatine, par BOURGES. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 28 mars.) — Scarlatine chez la vache, par THOMPSON. (*Practitioner*, février.)

Sclérodermie. — De la résistance électrique de la peau dans la sclérodermie, par LEWITH. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 2.)

Sclérotique. — Plaie de la sclérotique, guérison avec bonne vision, par BAXTER. (*Arch. of Ophth.*, XX, 1.) — Traitement des ruptures et des plaies de la sclérotique, par FAGE. (*Journ. méd. Bordeaux*, 1^{er} février.) — Introduction d'humeur aqueuse artificielle dans la cavité sclérale, par MORGAN. (*Arch. of Ophth.*, XX, 1.)

Scrofule. — De la scrofule, nature, étiologie, pathogénie, traitement, par LE GENDRE. (*Rev. d'hyg. thérap.*, février.)

Septicémie. — Quelques cas de septicémie gangréneuse, par MERVIER. (*Thèse de Paris*, 29 janvier.) — Septicémie consécutive à une lésion du pouce chez un sujet strumeux, par BALL. (*N. York med. journ.*, 14 février.) — Septicémie due aux gaz d'égout, par MOULLIN. (*London clin. Soc.*, 13 mars.)

Serpent. — Sur le venin de serpents et ses antidotes, par LAUDER BRUNTON. (*Brit. med. journ.*, 3 janvier.)

Sommeil. — Le sommeil et le système nerveux. Physiologie de la veille et du sommeil, par SERGUEYEFF. (2. vol. *Paris*, 1890.) — Causes et traitement de l'insomnie, par RANNEY. (*N. York med. journ.*, 28 mars.)

Spina bifida. — Spina bifida latent, symptômes paralytiques à l'âge de 17 ans par compression de la queue de cheval, trépanation, guérison, par JONES. (*Brit. med. j.*, 24 janvier.) — Observation de spina bifida, par LATHROP. (*Boston med. journ.*, 29 janvier.) — Traitement du spina bifida, par BELLANGER. (*Thèse de Paris*, 8 avril.)

Strabisme. — Pathogénie du strabisme, par CHEVALLEREAU. (*France méd.*, 13 mars.) — Insuffisance des muscles obliques, par SAVAGE. (*Arch. of ophth.*, XX, 1.) — Strabisme interne avec diplopie croisée, par OSBORNE. (*Ibid.*, 1.)

Sucre. — La formation du sucre dans l'organisme, par KRATSCHEMER. (*Wiener med. Woch.*, 14 février.)

Sueur. — De la chromhydrose, chromocrinie partielle et cutanée, essai historique, par FOURÉ. (*Thèse de Paris*, 19 février.) — L'acide camphorique contre les sueurs nocturnes, par HARE. (*Med. News*, 4 avril.)

Surdi-mutité. — De la surdi-mutité, causes et prophylaxie, par SCHEVENDT. (*In-8°*. Bâle, 1890.)

Syphilis. — Les vénériens des champs et la prostitution à la campagne, par LARDIER. (*In-8°* 40 p., *Paris*.) — Prophylaxie de la syphilis concernant la contre-visite des nourrices à la préfecture de police, par DUVERNET. (*Gaz. des hôp.*, 12 mars.) — De la syphilis en Islande, par SCHIERBACK. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 1.) — Quand la syphilis est-elle constitutionnelle, par LASCH. (*Ibid.*, XXIII, 1.) — De la possibilité d'enrayer la syphilis après l'apparition du chancre induré, par JULIEN. (*Bull. méd.*, 1^{er} février.) — Chancres syphilitiques symétriques des avant-bras, par FEULARD. (*Soc. de dermat.*, 12 mars.) — De la syphilis héréditaire, par SCHLICHTER. (*Wiener klin. Woch.*, 1 à 5.) — De la syphilis héréditaire, par LEPLAT. (*Thèse de Paris*, 18 février.) — Syphilis héréditaire, par FEULARD. (*Soc. de dermat.*, 8 janvier.) — Affection familiale simulant une démence progressive, syphilis héréditaire, par HOMEN. (*Berl. klin. Woch.*, 6 octobre 1890.) — De la syphilis chez l'enfant, par BAUMEL. (*Gaz. hebdomadaire de Montpellier*, 4 avril.) — Sur la contamination syphilitique des enfants par les nourrices et vice versa, par G. HERTZENSTEIN. (*Médecine*, 5 et 6.) — De la roséole syphilitique, par FOURNIER. (*France méd.*, 27 mars.) — L'encéphalite syphilitique, par LANCEREAUX. (*Arch. de méd.*, avril.) — Syphilis du lobe occipital avec perforation du crâne, par HUTCHINSON. (*London path. Soc.*, 17 mars.) — Deux cas mortels de syphilis cérébrale, par AUDRY. (*Lyon méd.*, 15 février.) — Encore 2 cas de syphilis cérébrale, par CHARCOT. (*Bull. méd.*, 18 février.) — Syphilis cérébrale, observation, par NORBURY. (*Med. News*, 17 janvier.) — Syphilis cérébrale, par PERSHING. (*Ibid.*, 4 avril.) — Un cas de syphilis cérébrale héréditaire tardive, par CHARCOT. (*Bull. méd.*, 11 février.) — Etude de la syphilis de la moelle, par MELLER. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 2.) — La syphilis des voies respiratoires, laryngites, trachéites et bronchites syphilitiques, par LANCEREAUX. (*Semaine méd.*, 7 janvier.) — Traitement de l'alopecie syphilitique. La stomatite mercurielle, par FOURNIER. (*Union médicale*, 11 décembre 1890, et 15 janvier 1891.) — Des affections articulaires syphilitiques, par RASCH. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 1.) — Arthrites syphilitiques, par BOWLBY. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXVI, 83.) — Tumeur gommeuse syphilitique de la cuisse ayant failli entraîner l'amputation, par FEULARD. (*Soc. de dermat.*, 12 février.) — Sur la rigidité syphilitique du col de l'utérus, par BLANC. (*Lyon méd.*, 29 mars.) — De l'influence qu'exercent l'âge, le sexe et le mode de traitement sur la durée du traitement de la syphilis, par HJELLMAN. (*Finska Iakar. handlingar*, XXIII, 3.) — Sur la question du rôle de la chaleur dans le traitement de la syphilis. Expériences de contrôle, par P. KALACHNIKOFF. (*Vratch* n° 2.) — Aphorismes sur le traitement de la syphilis, par H. KÖBNER. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 décembre 1890. — Rectification à propos du travail précédent, par G. LEWIN. (*Ibidem*, 26 janvier.) — Réponse

de H. KÆBNER. (*Ibidem.*) — Sur les méthodes de traitement préventives de la syphilis, par WATRASZEWSKY. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 1.) — Des injections sous-cutanées de calomel, par SMIRNOFF. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 2.) — Du prétendu danger provoqué par les injections de calomel, par SMIRNOFF. (*Bull. méd.*, 21 février.) — Essai de traitement des plaques muqueuses hypertrophiques par les applications de tannin, par THIÉRY. (*Gaz. méd. Paris*, 28 février.) — Du traitement local des syphilides, utilité du massage, par BALZER. (*France méd.*, 9 janvier.)

T

Teigne. — Favus généralisé, par MALCOLMS MORRIS. (*Brit. journ. Dermat.*, avril.) — Favus, par FRANK. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XII, 6.) — Alopecie areata, pathologie, traitement, par CROCKER. (*Lancet*, 28 février.)

Tendon. — Myélome des gaines tendineuses, par HEURTAUX. (*Arch. gén. de méd.*, janvier.) — Tuberculose de la gaine des tendons, par STABB. (*London path. Soc.*, 7 avril.) — De la tuberculose primitive des gaines tendineuses, par GARRÉ. (*Beit. zur klin. Chir.*, VII, 2.) — Suture des tendons onze semaines après la section, par GOSTLING. (*Brit. med. j.*, 11 avril.)

Testicule. — Faits nouveaux montrant la puissance que semble avoir le liquide testiculaire contre certaines maladies et en particulier la tuberculose pulmonaire, par BROWN-SÉQUARD. (*Arch. de phys.*, III, 1.) — Époque d'apparition et caractères de l'aptitude des cobayes mâles à la reproduction, par HÉNOQUE. (*Ibid.*, III, 1.) — Sur la spermine et le liquide testiculaire, par BROWN-SÉQUARD. (*Ibid.*, III, 2.) — Troubles nerveux et psychiques après la castration double, par WEISS. (*Wiener med. Presse*, n° 22, 1890.) — Des différentes variétés d'hydrocèle, par DUPLAX. (*Union médicale*, 1^{er} janvier.) — Incision antiseptique d'une hydrocèle vaginale compliquée d'hyperesthésie testiculaire, orché-épididymite consécutive, guérison, par CHALOT. (*Gaz. hebdomadaire de Montpellier*, 24 janvier.) — Pachyvaginalite tuberculeuse, par GOUPIL. (*Soc. anat. Paris*, mars, p. 179.) — Sur des petites tumeurs développées dans les glandes sébacées du scrotum, par GALIPPE. (*Soc. de biol.*, 7 février.) — De la tuméfaction chronique du testicule, par HEATH. (*Lancet*, 10 juin.) — De la tuberculose testiculaire diffuse, par ROZIER. (*Thèse de Bordeaux*.)

Tétanos. — Recherches expérimentales sur le tétnanos, par VAILLARD et VINCENT. (*Acad. des Sc.*, 26 janvier.) — Contribution à l'étude du tétnanos, par VAILLARD et VINCENT. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 1.) — Sur l'immunité contre le tétnanos, par VAILLARD. (*Soc. de biol.*, 21 février et *Gaz. méd. Paris*, 7 mars.) — Sur un moyen de procurer l'immunité contre le tétnanos, par TIZZONI et CATTANI. (*Cent. f. Bakter.*, IX, 6.) — De l'homme tétnanifère, par VERNEUIL. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 14 février.) — Sur la manière de conférer à certains animaux l'immunité contre le tétnanos, par TIZZONI et CATTANI. (*Arch. ital. de biol.*, XV, 1.) — Les altérations de la moelle dans le tétnanos, par BONOME. (*Arch. per le sc. med.*, XV, 1.)

Thérapeutique. — Sommaire de matière médicale et de thérapeutique à l'usage des étudiants, par COCCIA. (In-16, Naples.) — Médication alcaline,

par SOULIER. (*Lyon méd.*, 22 mars.) — Recherches thérapeutiques sur le protoxyde d'azote, par BIRDSALL. (*N. York med. journ.*, 7 mars.) — Des diurétiques, par CERVELLO et LO MONACO. (*Arch. per le scienze med.*, XIV, 7.) — Teinture hémostyptique, par FRITSCH. (*Therap. Monats*, janvier.) — Etudes thérapeutiques, l'aconit, par AULDES. (*N. York med. journ.*, 10 janvier.) — De la pipérazidine, par BARDET. (*Soc. de thé.*, 28 janvier.) — L'alcool en thérapeutique, par C. BINZ. (*Centr. f. klinische Medicin.*, n° 1.) — Essai sur la valeur thérapeutique du jambol, par VILLY. (*Thèse de Paris*, 22 janvier.) — Emploi de la cascara sagrada dans 50 cas, par METTLER. (*N. York med. Journ.*, 21 février.) — Sur la propriété galactogène du galéga, par CARRON DE LA CARRIÈRE. (*Soc. de méd. prat.*, 15 janvier.) — L'action physiologique et thérapeutique de l'écorce de Coto, par SHOEMAKER. (*Med. Bulletin Philadelphie*, février.) — L'aloès, étude thérapeutique, par J. AULDE. (*N. York med. record*, p. 629, 6 décembre 1890.) — De la bryone, par HUCHARD. (*Rev. gén. de clin.*, n° 1, p. 1.) — La valeur de la pyoctanine, par WANSCHER. (*Therap. Monats.*, février.) — Sur la pyoctanine, par CARL. (*Therap. Monats.*, avril.) — De l'action thérapeutique des sels de cantharide, par LUBLINSKI. (*Ibid.*, avril.) — Du peroxyde d'hydrogène ou eau ozonée en thérapeutique, par RICHARDSON. (*Lancet*, 28 mars.) — La question de l'aristol, par WEISSBLUM. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 1.) — Emploi du salol et du bétol. Quelques applications de l'aristol, par HUCHARD. (*Rev. gén. de clin.*, n° 2, p. 22.) — Valeur comparée des chloralides, par BARDET. (*Soc. de thé.*, 11 février.) — Recherches cliniques sur deux agents antispasmodiques, l'acide camphorique et le tellurate de soude, par COMBEMALE. (*Bull. de thé.*, 15 janvier.) — Mode d'administration du sulfonal, par STEWART. (*Med. News*, 31 janvier.) — Sur la méthyl-acétanilide ou exalgine, par DESNOS. (*Bull. de thé.*, 15 février.) — Emploi thérapeutique de l'acide oxalique, par MARSH. (*Therap. Gaz.*, 16 mars.) — Emploi hypodermique de l'arsenic, par MOYER. (*Ther. Gaz.*, 15 janvier.) — Arsenite de cuivre, par BENTLEY. (*Therap. Gaz.*, 15 janvier.) — Action diurétique du calomel sur l'hydropisie rénale, par FLEINER. (*Berl. klin. Woch.*, 1^{er} décembre 1890.) — La place du mercure dans la thérapeutique, par HURD. (*Therap. Gaz.*, 15 janvier.) — Sur l'action soporifique du mercure, par TYSON. (*Brit. med. j.*, 31 janvier.)

Thorax. — Sur quelques modifications apportées au compas d'épaisseur pour ses applications à la mensuration de la poitrine, par MAUREL. (*Bull. de thérap.*, 28 février.)

Thyroïde. — Histogenèse de la glande thyroïde, par LUSTIG. (*Sperimentale Memor. orig.*, XLV, 1.) — Goitre exophtalmique amenant la mort par asphyxie, par SPENCER. (*London path. soc.*, 3 mars.) — Goitre exophtalmique, mort par compression soudaine de la trachée, par MONTGOMERIE. (*Lancet*, 7 février.) — Des troubles de la motilité et de la pathogénie du goitre exophtalmique, par CHEVALIER. (*Thèse de Montpellier*, 1890.) — Goitre volumineux datant de vingt-cinq ans et se compliquant d'un tremblement analogue à celui de la maladie de Basedow. Pas d'exophtalmie. Tachycardie transitoire, par LAMY. (*Soc. anat. Paris*, 20 mars.) — Thyroïdectomie, paralysie laryngée passagère, par ORCEL. (*Lyon méd.*, 11 janvier.) — Ablation de la thyroïde pour une tumeur maligne, guérison, par PEPPER. (*Lancet*, 4 avril.)

Torticolis. — Traitement du torticolis spasmodique par l'excision du nerf spinal accessoire par SOUTHAM. (*Brit. med. j.*, 31 janvier.) — Torticolis spasmodique guéri par l'excision d'une partie du spinal et des racines postérieures de quelques nerfs cervicaux, par SMITH. (*Brit. med. j.*,

4 avril.) — Torticolis, variétés, traitement, par ANNANDALE. (*Edinb. med. journ.*, avril.)

Trachée. — Nouvelle forme de trifurcation de la trachée, enfant de 16 jours atteint d'autres anomalies, par CHIARI. (*Prag. med. Woch.*, 25 février.) — De la sténose de la trachée et du larynx qui suit parfois l'emploi de la canule dans la trachéotomie, par PITTS et BROOK. (*Lancet*, 10 janvier.) — Traitement des sténoses trachéales par une canule en T, par BOND. (*Lancet*, 7 mars.) — Cancer primitif de la trachée, par PICK. (*Prager med. Woch.*, 11 février.) — Ulcération de la trachée produite par le tubage, par CARR. (*Lancet*, 28 mars.) — Polype de la trachée consécutif à une trachéotomie pour croup, deuxième trachéotomie, guérison, par REVILLIOT. (*Rev. méd. Suisse romande*, XI, 3.) — Les anesthésiques dans la trachéotomie, par THORNTON. (*Lancet*, 24 janvier.) — Abscès du médiastin consécutif à la trachéotomie, mort subite, par FROMAGET. (*Soc. anat. Bordeaux*, 2 février.)

Trépanation. — De la réimplantation des rondelles osseuses après la trépanation du crâne, par PONS. (*Thèse de Lyon.*) — Trépanation pour hémorragie sous dure-mérienne produite par contre-coup, guérison, par HOMANS et WALTON. (*Boston med. journ.*, 12 février.) — Remarques sur la trépanation dans le traitement des épanchements sanguins para dure-mériens, par THIÉRY (*Soc. anat.*, janvier, 20 février p. 87.) — Etude de la trépanation dans les cas douteux de compression ou de contusion cérébrale, par THIÉRY. (*Ibid.*, 13 février.) — Epilepsie, suite de fracture avec compression produite par le forceps dans l'enfance, survenant à l'âge de 14 ans, amélioration par l'ablation du fragment osseux, par LANE. (*Lancet*, 17 janvier.) — Convulsions épileptiformes traumatiques unilatérales, trépanation, par CALVERT et BERRY. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXVI, 69.)

Tuberculose. — Recherches sur la tuberculose expérimentale, par GRANCHER, MARTIN et LEDOUX LEBARD. (*Soc. de biol.*, 14 février.) — Etudes sur la tuberculose expérimentale du lapin, par GRANCHER et LEDOUX LEBARD. (*Arch. de méd. expér.*, III, 2.) — Inoculation de la tuberculose par le tatouage, par LIEBREICH. (*Therap. Monats., Sonderheft*, janvier.) — Des pseudo-tuberculoses parasitaires, par BRUHL. (*Arch. gén. de méd.*, janvier.) — La tuberculose chez les saurosidés, par SIBLEY. (*Brit. med. journ.*, 3 janvier.) — Sur la tuberculose du chien, par CADIOR, GILBERT et ROGER. (*Soc. de biol.*, 17 janvier.) — L'hérédité de la phthisie et du processus tuberculeux démontrés par la statistique et la pratique, par RIFFEL. (*In-8°, Carlsruhe.*) — Nouvelles recherches sur la virulence de la viande des animaux tuberculeux et sur l'hérédité de la tuberculose, par GALTIER. (*Lyon méd.*, 8 mars.) — Innocuité du lait et de la viande des vaches tuberculeuses, par GALLAVARDIN. (*Ibid.*) — Transmission de la tuberculose par les linges contaminés, par BRUNON. (*Normandie méd.*, 8 mars.) — Contribution à l'étude de la transmissibilité de la tuberculose par le lait de vache, par OLLIVIER. (*Bull. acad. de méd.*, 24 février.) — Phthisie, étiologie, classification, ses rapports avec la pneumonie chronique, par PAGE. (*N. York acad. of med.*, 20 janvier.) — L'étiologie de la tuberculose étudiée à la consultation de l'hôpital civil, par HAUSHALTER et THIÉBAUT. (*Revue méd. de l'Est*, nos 1 et 2.) — L'examen des bacilles tuberculeux, par WEISS. (*N. York med. Journ.*, 17 janvier.) — Méthode de culture du bacille tuberculeux, par BEEVOR. (*London path. Soc.*, 6 janvier.) — Morphologie, culture et produits toxiques du bacille tuberculeux, par CROOKSHANK. (*London path. Soc.*, 3 février.) — Tumeurs blanches produites chez le lapin par inoculation intra-péritonéale de tuberculose aviaire, par CADIOR, GILBERT et ROGER. (*Soc. de biol.*, 31 janvier.) — Extraits de cultures de ba-

cilles tuberculeux, par JEFFRIES. (*Boston med. Journ.*, 19 février.) — De la toxicité des produits solubles des cultures tuberculeuses, par HÉRICOURT et RICHTER. (*Acad. des sc.*, 16 mars.) — Des conditions qui modifient la virulence du bacille tuberculeux, par RANSOME. (*Brit. med. j.*, 11 avril.) — Recherches sur les inoculations préventives dans la tuberculose, par TRUDEAU. (*N. York med. record.*, 22 novembre 1890.) — Sur le meilleur moyen de désinfection des crachats dans la tuberculose pulmonaire, par KIRCHNER. (*Cent. f. Bakt.*, IX, 1.) — De la nécessité et des meilleurs moyens de désinfection des crachats dans la tuberculose pulmonaire, par KIRCHNER. (*Cent. f. Bakt.*, IX, 2.) — Pourquoi on doit détruire les crachats de tuberculeux, par STONE. (*Americ. j. of med. sc.*, mars.) — Revue historique sur l'anatomie pathologique de la tuberculose, par HANSEMAN. (*Therap. Monats.*, Sonderheft, janvier.) — De la fièvre intermittente bénigne tuberculeuse, par WEILL. (*Province méd.*, 7 février.) — Etude clinique de la température chez les tuberculeux, par ROUSSY. (*Thèse de Lyon.*) — La modification de hauteur du son pendant l'inspiration comme signe diagnostique des cavernes pulmonaires, par RUMPF. (*Berl. klin. Woch.*, 3 novembre 1890.) — Tuberculose pulmonaire, emphysème sous-cutané étendu, par LAWSON. (*Glasgow med. journ.*, août.) — Examens microscopiques dans la tuberculose cutanée, par CORNIL. (*Bull. méd.*, 24 décembre.) — Tuberculose muqueuse de la peau, par ARNING. (*Münch. med. Woch.*, 14 octobre.) — La tuberculose des os et articulations, par FEDOR KRAUSE. (*Leipzig.*) — Leçons sur la tuberculose des os et des articulations, par WATSON CHEYNES. (*Brit. med. j.*, 4 avril.) — Etiologie et traitement de la phthisie chronique, par GABRYLAWICZ. (*Wiener. med. Woch.*, 31 janvier.) — Traitement de la fièvre des phthisiques, par WILLIAMS. (*Brit. med. journ.*, 28 mars.) — De la prévention et du traitement de la phthisie, par TCHOUDNOVSKY. (*Vratch*, 2.) — Les inhalations dans le traitement de la tuberculose, par SHURLEY. (*Med. Age*, 1.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire, par PHILIP. (*Edinb. med. journ.*, mars.) — Traitement antiseptique de la phthisie, par HARRIS. (*St. Barthol. hosp. rep.*, XXVI, p. 87.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par une thérapeutique locale, par LOEBINGER. (*N. York med. journ.*, 7 février.) — Le traitement de la tuberculose jusqu'à ce jour, par ROSENBERG. (*Therap. Monats.*, Sonderheft, janvier.) — Le traitement de Shurley Gibbes pour la tuberculose pulmonaire, par INGALS. (*Med. News*, 4 avril.) — Effet thérapeutique des injections de sérum de chien, hémocyste chez l'homme dans le cours de la tuberculose, par HÉRICOURT, LANGLOIS et SAINT-HILAIRE. (*Soc. de biol.*, 24 janvier.) — Transfusion du sang de chèvre et tuberculose, par BERNHEIM. (*La Clinique française*, mars.) — Injections de sérum de sang de chien dans la trachée, par COUPARD et SAINT-HILAIRE. (*Soc. de biol.*, 7 février.) — Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par la vaccination, par A. DOCHMANN. (*Meditzina*, 6.) — Le fluorure de sodium dans la tuberculose, par BOURGEOIS. (*Soc. de théér.*, 11 mars.) — Action de l'acide cyanhydrique sur la tuberculose pulmonaire, par KORITSCHONER. (*Wiener klin. Woch.*, n° 48, 1890.) — La maison d'habitation en rapport avec la phthisie pulmonaire, par THORNE. (*St. Barthol. hosp. rep.*, XXVI, 1.) — Le traitement hygiénique de la tuberculose pulmonaire, à l'air libre et au repos. Hivernage des tuberculeux à Tenon, par CHESNAY. (*Thèse de Paris*, 12 mars.) — Traitement de la tuberculose par les injections hypodermiques d'eucalyptol, de gaiacol et d'iodoforme, par PIGNOL. (*Soc. de biol.*, 14 mars.) — Traitement de la bronchite tuberculeuse par les injections hypodermiques d'iodoforme, par GAVOY. (*Gaz. méd. Paris*, 28 février.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections sous-cutanées, par SPIVACOFF. (*Thèse de Paris*, 23 décembre.) — La tu-

berculine, revue critique, par METCHNIKOFF. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 3.)
 Expériences avec la tuberculine sur le bétail, par MFADYEAN. (*Brit. med. journ.*, 21 mars.) — Recherches sur le liquide de Koch, cultures et effets sur les animaux, par GIBIER. (*N. York med. journ.*, 14 mars.) — Du traitement de Koch, par ANDERSON. (*Lancet*, 21 mars.) — Sur l'inoculation de la lymphé de Koch aux cobayes tuberculeux, par DUBIEF. (*Bull. de thér.*, 28 février.) — Recherches sur le traitement de Koch, par KOHRS. (*Therap. Monats.*, avril.) — Sur les résultats obtenus avec la lymphé de Koch, par RUSSO TRAVALLI. (*Sicilia med.*, III, 2.) — Le traitement de la tuberculose, par la méthode de Koch, réflexions critiques, par ARLOING. (*Rev. de méd.*, février.) — Traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par DESTREE. (*Journ. de méd., Bruxelles*, mars.) — Les bacilles tuberculeux dans le sang des malades traités par la tuberculine, par LIEBMANN. (*Sperimentale*, XLV, 6.) — De l'emploi du remède de Koch dans la tuberculose, par FRAENKEL. (*Rev. de laryng.*, 1^{er} mars.) — La lymphé de Koch dans le traitement de la tuberculose laryngée, par CHARAZAC. (*Ibid.*, 15 mars.) — Analyse de 9 cas de tuberculose du larynx traités par la lymphé de Koch, par SEDZIAK et SOKOLOWSKI. (*Journ. of laryng.*, mars.) — Vingt cas traités par la tuberculine, par MORELL MACKENZIE. (*Ibid.*, avril.) — Traitement des tuberculoses chirurgicales à l'hôpital Trouseau par la lymphé de Koch (résultats nuls), par LANNELONGUE. (*Bull. méd.*, 29 mars.) — La lymphé de Koch dans les tuberculoses chirurgicales, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 21 février.) — La lymphé de Koch dans la tuberculose chirurgicale, par CERNÉ. (*Normandie méd.*, 15 février.) — De l'état des bacilles tuberculeux dans le lupus après les injections de la lymphé de Koch, par KRYNSKI. (*Przegląd lekarski*, n° 10.) — Tuberculose pulmonaire aiguë apparaissant chez un singe pendant une période d'injections du liquide de Koch. Inoculations de tuberculose avec ou sans liquide chez des cobayes, par HÉNOCQUE. (*Arch. de phys.*, III, 2.) — Six cas de tuberculose traités par la méthode de Koch, par LAPLACE. (*Med. News*, 14 février, p. 187.) — La lymphé de Koch, par CHARRIN. (*Journ. de pharm.*, 1^{er} avril.) — Le traitement de Koch à l'hôpital d'Elbeuf, par BUFFET. (*Normandie méd.*, 1^{er} février.) — Considération sur le vaccin clinique de la tuberculose dit lymphé de Koch, par PEYRAUD. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 mars.) — L'emploi de la tuberculine dans la pratique privée, par GOLDSCHMIDT. (*Münch. med. Woch.*, 24 mars.) — Le traitement de Koch, par EINHORN. (*N. York med. Monats.*, n° 1, 1891.) — Un cas de lupus de la conjonctive traité d'après la méthode de Koch, par GEPNER. (*Central. f. prakt. Angenheilk.*, janvier.) — De la tuberculose de l'œil, résultats du traitement de Koch, par WAGNER. (*Münch. med. Woch.*, 14 avril.)

Typhoïde (Fièvre). — L'épidémie de fièvre typhoïde à Florence dans ses rapports avec l'eau potable, par BANTI. (*Sperimentale*, n° 4.) — Epidémie de fièvre typhoïde, infection par le lait, par LITTLEJOHN. (*Edinb. med. journ.*, mars.) — Observations cliniques, anatomo-pathologiques et bactériologiques sur la fièvre typhoïde (épidémie de Pise), par BONARDI, FLORA et SILVESTRELLI. (*Riv. gen. ital. di clin. med.*, n° 1.) — Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde survenue après la vidange d'une fosse d'aisance, par MAGNANT. (*Gaz. des hôp.*, 12 février.) — Epidémie de fièvre typhoïde, par DARTIGOLLES. (*Journ. méd. Bordeaux*, 4 janvier.) — Note sur les particularités des épidémies et de la thérapeutique du typhus abdominal, par A. SMAKOVSKY. (*Meditzina*, I.) — Du diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde et la fièvre tuberculeuse, par IMBERT. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 14 février.) — Sur les variations du poids du corps dans le cours du typhus abdominal, par ZJENETZ. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 43, 1890.) — Un

cas de délire de la convalescence de la fièvre typhoïde, idée fixe de mariage, par CASTAGNÉ. (*Montpellier méd.*, 1^{er} février.) — Deux cas de fièvre typhoïde mortelle à une période tardive sans ulcération de l'intestin, par PHILLIPS. (*London clin. Soc.*, 23 janvier.) — Atrophie maculeuse et striée consécutive à la fièvre typhoïde, par SHEPHERD. (*Journ. of cutan. dis.*, février.) — Tracés sphymographiques d'une fièvre typhoïde apyrétique, par GERHARDT. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 octobre.) — Complications rares de la fièvre typhoïde, par FINLAYSON. (*Americ. journ. of med. sc.*, mars.) — Les bains froids dans la fièvre typhoïde, par HARE. (*Practitioner*, mars.) Le traitement antiseptique de la fièvre typhoïde, par BURNEY YEO. (*Lancet*, 11 avril.)

U

Ulcère. — Sur le traitement de l'ulcus rodens par l'emplâtre de résorcine de Unna, par BOECK. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XII, 4.) — Remarques sur la note précédente, par UNNA. (*Ibid.*) — Valeur de la fuchsine dans le traitement des ulcères chroniques, par ROSENBERG. (*N. York med. Record*, 13 décembre 1890.) — Traitement des ulcères de jambe, par LYON. (*Ann. de méd.*, 18 février.) — L'ulcère endémique de Gafsa, par LOISON. (*Arch. de méd. milit.*, janvier.)

Urètre. — Urétrite chronique, par BANGS. (*Therap. Gaz.*, 16 février.) — Contagiosité des écoulements chroniques de l'urètre, par BREWER. (*Journ. of cut. dis.*, mars.) — Hémorragie post-mictionnelle de l'urètre antérieur, par JANET. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, mars.) — Anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre, par WASSERMANN et HALLÉ. (*Ibid.*, mars.) — Etude histologique de 2 cas de rétrécissements blennorrhagiques de l'urètre, par MELVILLE, WASSERMANN et HALLÉ. (*Soc. anat.*, janvier, p. 76.) — Occlusion congénitale de l'urètre, par ADAMS. (*Brit. med. j.*, 31 janvier.) — Nouvel urétrotome, par FLUHRER. (*N. York med. journ.*, 24 janvier.) — Etude sur 22 observations d'urétrotomie interne, par POUSSON. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, avril.) — Rupture interstitielle de l'urètre, fistule péniennne, urétroplastie par un procédé particulier, par LEPREVOST. (*Ibid.*, janvier.) — Remarques sur 500 cas de rétrécissement de l'urètre, par DESNOS. (*Ibid.*) — Fractures multiples du pubis, rupture du canal de l'urètre, par DAMOURETTE. (*Soc. anat. Paris*, 9 janvier.) — Calcul urétral extrait par une boutonnière périnéale, guérison, par PHOCAS (*Assoc. de méd.*, 11 mars.) — De la déchirure de l'urètre par distension, par BAZY. (*Semaine méd.*, 18 mars.) — Injection septique consécutive aux opérations urétrales, par ALEXANDER. (*Journ. of cutan. dis.*, février.) — Traitement opératoire de l'épispadias chez l'homme, par ROSENBERGER. (*Sitz. d. phys. med. Ges. Wurzburg*, n° 4.)

Urine. — Examen de l'urine dans les assurances sur la vie, par PURDY. (*N. York med. journ.*, 28 février.) — L'urine comme milieu de culture bactériologique, par HELLER. (*Berl. klin. Woch.*, 29 septembre 1890.) — Causes de la toxicité de l'urine normale, par MAIRET et BOSCH. (*Soc. de biol.*, 17 janvier et 7 février, et *Arch. de phys.*, III, 2.) — Du mouvement de désassimilation chez le vieillard; toxicité urinaire chez le vieillard et chez l'enfant, par MOSSÉ. (*Gaz. hebdomadaire de Montpellier*, 21 février.) — De la quantité d'acide urique dans le sang, les organes et les tissus, des causes qui favorisent son augmentation ou sa diminution, par HAIG. (*St Barthol. hosp. Rep.*, XXVI, 33.) — Estimation de l'acide urique par le procédé de

Haycraft, par HAIG. (*Brit. med. journ.*) 3 janvier. — Le chlorure de sodium dans l'urine, sa signification clinique, son dosage, par PICARD. (*France méd.*, 20 février.) — Méthode rapide de dosage de l'urée dans l'urine, par WARDEN. (*Lancet*, 14 février.) — Hématoporphyrine dans l'urine, par COPEMAN. (*London path. Soc.*, 20 janvier.) — Quelques mots relativement au saccharimètre à fermentation, par EINHORN. (*Bull. de thérap.*, 15 mars.) — Présence de méthylmercaptopan dans l'urine après l'ingestion d'asperges, par NENCKI. (*Arch. f. exp. Path.*, XXVIII, 3 et 4.) — De l'hydrurie, par POTAIN. (*Semaine méd.*, 28 janvier.) — De la pollakiurie psychopathique et de son traitement, par GUIARD. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, avril.) — Sur un cas d'urobilinurie paroxystique à frigore, par CHABRIÉ. (*Ibid.*, mars.) — Étude de l'alcaptonurie, par KRASKE et BAUMANN. (*Münch. med. Woch.*, 6 janvier.) — Le nitrate d'argent dans la chirurgie des voies urinaires, par GUYON. (*Mercredi méd.*, 11 février.) — Sur la gangrène microbienne d'origine urinaire, par GUYON et ALBARRAN. (*Mercredi méd.*, 15 avril.)

Utérus. — Pathogénie et traitement de l'hématocèle rétro-utérine, par MORIGNY. (*Thèse de Paris*, 14 janvier.) — Deux cas d'hématocèle pelvienne, par HOMANS. (*Boston med. journ.*, 29 janvier.) — Le traitement de la ménorragie et de la métrorragie par l'action galvano-chimique du pôle positif, par GOELET. (*N. York Acad. of med.*, 22 janvier.) — Histologie et pathologie des trompes de Fallope, par BALLANTYNE et WILLIAMS. (*Brit. med. j.*, 17 janvier.) — Métrite cervicale, pathologie et thérapeutique du col, par DOLERIS et BONNET. (*Nouv. Arch. d'obst.*, n° 2) — De l'endométrite puerpérale, par BUMM. (*Sitz. d. phys. med. Ges. zu Würzburg*, n° 1.) Endométrite chronique, vomissements rebelles, guérison, par GÉHÉ. (*Arch. de tocol.*, janvier.) — Discussion sur le traitement chirurgical des affections chroniques des appendices utérins. (*London med. Soc.*, 26 janvier.) — Les affections chroniques des appendices utérins, 30 cas traités par la laparotomie, par DUNCAN. (*Lancet*, 17 janvier.) — Endométrite cervicale chronique, paraplégie réflexe, guérison, par GÉHÉ. (*Ann. polyclin.*, Toulouse, juin 1890, et *Arch. de tocol.*, mars 1891.) — De la cautérisation au chlorure de zinc dans les métrites chroniques et l'endométrite, par DOERFLER. (*Münch. med. Woch.*, 24 mars.) — Contribution au diagnostic et au traitement des salpingites par la galvano-caustique chimique négative intra-utérine, par GAUTIER. (*Rev. d'électrothérapie*, 1^{er} février.) — Traitement de la métrite chronique par les caustiques, par VANGEGN. (*Thèse de Paris*, 19 mars.) — Des accidents causés par la cautérisation intra-utérine pratiquée à l'aide de la pâte de Canquoin, par PICHEVIN. (*Nouv. Arch. d'obst.*, n° 2.) — Curetage de l'utérus dans les affections péri-utérines, les fibromes et le cancer de l'utérus, par CUELLAR. (*Thèse de Paris*, 4 février.) — Comment doit-on traiter les inflammations pelviennes ? par MAURY. (*Americ. journ. of Obst.*, janvier.) — Du tamponnement intra-utérin dans certains accidents de puerpéralité, par FRAISSE. (*Arch. de tocol.*, mars.) — De la salpingo-oophorectomie, par ZWEIFEL. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXIX, 3.) — Pyosalpinx adhérent à l'intestin et à la partie postérieure du bassin, laparotomie, guérison, par TOURNAY. (*Presse méd. belge*, 1 février.) — De quelques causes d'échec dans le traitement de l'endométrite chronique par le curetage, par PICQUÉ. (*Gaz. des hop.*, 12 février.) — Contribution au diagnostic et au traitement des salpingites par la galvano-caustique chimique négative intra-utérine, par GAUTIER. (*Rev. int. d'électroth.*, 1^{er} février.) — Traitement chirurgical de la métrite, parallèle entre le curetage et la cautérisation avec le bâton de chlorure de zinc, par Pozzi. (*Semaine méd.*, 4 février.) — Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale, par SEGOND. (*Soc.*

de chir., 25 février, et *Gaz. des hôp.*, 28 février.) — De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines, par SEGOND. (*Ann. de gynéc.*, mars.) — Tuberculose utérine, par BUSCARLAT. (*Soc. anat.*, p. 72, janvier.) — Curage digital de l'utérus dans un cas d'hémorragie grave consécutive à un avortement de trois mois, par CHALEIX. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 février.) — Sur un cas de rupture spontanée de l'utérus pendant le travail, par VINAY. (*Lyon méd.*, 11 janvier.) — Deux cas d'inversion utérine, par REMY. (*Arch. de tocol.*, février.) — Opération plastique contre l'antéflexion utérine, par DUDLEY. (*Americ. j. of Obst.*, février.) — Traitement rationnel des déplacements utérins, par GOELET. (*Americ. j. of Obst.*, février.) — Mort causée par un dilataleur utérin, perforation, par KELLY. (*Americ. j. of Obst.*, janvier.) — Déchirures du col utérin, par SMITH. (*Americ. j. of Obst.*, janvier.) — Le pessaire à anneau se gonflant par insufflation, par POST. (*Americ. j. of Obst.*, février.) De la ligature vaginale de l'utérus dans la rétroflexion et le prolapsus, par SCHUCKING. (*Cent. f. Gynaek.*, 28 mars.) — Modification de l'hystérorraphie pour les procidences séniles, par NAPIER. (*Brit. med. j.*, 7 mars.) — Traitement des prolapsus génitaux par la colpoperinéorrhaphie et la colposyntomie combinées immédiatement avec l'opération d'Alquié, par BARRET DE NAZARIS. (*Thèse de Bordeaux*). — Hystérorraphie transpéritonéale, nouvelle méthode de fixation ventrale de l'utérus sans ouvrir la cavité péritonéale, par KRUG. (*N. York med. journ.*, 3 janvier.) Nouvelle manière de pratiquer l'hystéropexie vaginale, par TORNGREN. (*Arch. de tocol.*, janvier.) — Opération pour le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés, par HERRICK. (*Americ. j. of Obst.*, mars.) — Les résultats éloignés du raccourcissement des ligaments ronds pour les déplacements utérins par la méthode directe, par NEWMAN. (*Americ. j. of Obst.*, mars.) — Diagnostic des fibromes de la paroi postérieure de l'utérus, par MARQUEZY. (*Thèse de Paris*, 16 avril.) — Recherches histologiques et considérations cliniques sur les altérations de la muqueuse dans les tumeurs utérines; origine des éléments de la caduque, par CURATULO. (*Ann. di ostetricia*, janvier.) — Myome cystique à caractères anormaux traité par l'électricité et l'aspiration, par MASSEY. (*Med. News*, 28 mars.) — Traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli, par HOMANS. (*Boston med. journ.*, 5 mars.) — Documents pour servir à l'histoire de l'électrothérapie des fibromes utérins, par APOSTOLI. (*Rev. int. d'électrothérapie*, mars.) — Traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli, par HOMANS. (*Boston med. journ.*, 19 mars.) — Le traitement des tumeurs utérines par l'électricité, effets sur les petites tumeurs, par KEITH. (*Brit. med. journ.*, 14 février.) — Opérations pour fibromes utérins, par GILLIAM. (*N. York med. journ.*, 31 janvier.) — Sur la méthode de myomotomie de Schröder, par BRENNECKE. (*Zeit. f. Geburts*, XXI, 1.) — Observation de myoectomie, par CROWELL. (*N. York med. journ.*, 14 mars.) — De l'extirpation totale de l'utérus pour les myomes, par THELEN. (*Cent. f. Gynaek.*, 28 mars.) — Extirpation abdominale de l'utérus avec myomes, par CHROBAK. (*Cent. f. Gynaek.*, 28 février.) — Sur un procédé d'amputation des corps fibreux de l'utérus, par AUDRY. (*Lyon méd.*, 4 janvier.) — Du traitement intrapéritonéal du pédicule avec les pincées à demeure, du traitement par les pincées en général, par KOCKS. (*Samml. klin. Vortraege*, n° 21.) — Hystérectomie totale supra-vaginale et ovariotomie droite pour cysto-myome de l'utérus, par GIRARD. (*Dauphiné méd.*, 1^{er} février.) — Nouveau procédé de suture pour l'amputation de Schröder, par JEANNEL. (*Gaz. hebdomadaire*, 10 janvier.) — Des voies de propagation du cancer secondaire du vagin à la suite du cancer utérin, par FISCHER. (*Zeit. f. Geburts*, XXI, 1.) — Cancer du col utérin comme complication de la

grossesse, extirpation totale, par LÖHLEIN. (*Cent. f. Gynaek.*, 7 mars.) — Hystérectomie vaginale pour un cancer du col de l'utérus avec envahissement des culs-de-sac vaginaux, etc., par AUBEAU. (*La Clin. française*, février.) — L'hystérectomie vaginale précoce dans le cancer de l'utérus, par MARTIN. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 31 janvier.) — Extirpation de l'utérus pour cancer, par KEITH. (*Brit. med. journ.*, 10 janvier.) — Traitement du cancer de l'utérus par le cautère, par NAIRNE. (*Brit. med. j.*, 7 février.)

V

Vaccine. — Notes sur le vaccin animal, par PISSIN. (*Berl. klin. Woch.*, 27 oct. 1890.) — De la réceptivité du lapin pour la vaccine, par BARD et LECLERC. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 14 février.) — Valeur des cicatrices vaccinales antérieures au point de vue des aptitudes vaccino-varioliques, par COMMENGE. (*France méd.*, 27 mars.) — Vaccination et revaccinations faites à la Compagnie du gaz en 1888, par COMMENGE. (*France méd.*, 13 mars.) — La vaccination dans l'armée, par AMAT. (*Rev. scientif.*, 7 mars.) — Rapport sur le fonctionnement du centre vaccinogène du Val-de-Grâce, par ANTONY. (*Arch. de méd. milit.*, mars.) — Les vaccinations au Tonkin, par GOUZIEN. (*Arch. de méd. nav.*, février.) — La vaccination obligatoire devant les conseils départementaux d'hygiène en France, par MASSOT. (*Semaine méd.*, 14 janvier.) — La vaccine obligatoire et la question des résistances, par HERVIEUX. (*Bull. Acad. Méd.*, 13 janvier.) — Trois cas d'accidents de la vaccination, par STEEL. (*Lancet*, 24 janvier.) — Vaccine généralisée suivie de mort, par GAUCHER. (*Soc. de dermat.*, 8 janvier.) — Sur les causes de l'immunité congénitale ou acquise par LUBARCH. (*Zeit. f. klin. Med.* XVIII, 5 et 6.) — Essai de vaccination par des doses minimes de matière vaccinante, par BOUCHARD. (*Acad. des sc.*, 6 avril.)

Variole. — De la variole pendant la grossesse, pronostic pour la mère et pour l'enfant, par COSTER. (*Thèse de Paris*, 5 mars.) — Variole. Contagion. Prophylaxie. Pavillons d'isolement, par BLANQUINQUE. (*Union méd. Nord-Est*, n° 1.) — Note sur une épidémie de variole, par JACQUEMARD. (*Loire méd.*, 15 janvier.)

Veine. — Valeur diagnostique des bruits de souffle veineux du cou, par BEWLEY. (*Brit. med. f.*, 11 avril.) — Veines de la main et de l'avant-bras, par THIBAUDET. (*Thèse de Paris*, 16 avril.) — Concrétions phlébolithiques du plexus recto-vésical, par THIÉRY. (*Soc. anat.*, 6 mars.) — Phlébite goutteuse, embolie pulmonaire, guérison par PARA. (*France méd.*, 23 janvier.) — Ligature de la veine saphène pour les varices du membre inférieur, par TREDELENBURG. (*Brit. zur klin. Chir.*, VII.) — Cure du varicocèle par la résection du scrotum, par HUE. (*Normandie méd.*, 15 février.)

Verruga. — De la verruga, par BEAUMANOIR. (*Arch. de méd. nav.*, janvier.)

Vessie. — Un cas de cystalgie malarique par RAYNAUD. (*Bull. méd. Algérie*, 1^{er} mai 1890.) — Rétention d'urine de cause nerveuse et neurasthémie vésicale, par GUYON. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mars.) — Cystite avec formation d'un feuillet épidermique épais dans la vessie; pachydermie vésicale, par LABAT. (*Americ. f. of med. sc.*, février.) — Cystite purulente chronique, constatation dans l'urine du bacille pyogène, amélioration par le salol, par LUZET. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Cystite bactérienne primitive par HAUSHALTER. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 21 mars.) — Traitement des cystites chez la femme, par CAUBET. (*Arch. de tocol.*, janvier.) — Calcul

vésical chez une femme, dilatation de l'urètre, lithotritie, par ÉTIENNE. (*Ibid.*, janvier.) — Hémorragie mortelle par varice vulvaire au neuvième mois de la grossesse, opération césarienne *post mortem*, par NAHMMACHER. (*Berl. klin. Woch.*, 20 octobre 1890.) — Rupture de la vessie chez un enfant pendant la lithotritie, par OWEN. (*London med. Soc.*, 15 mars.) — Du cathétérisme rétrograde, par GOLDMANN. (*Beit. zur klin. Chir.*, VII, 2.) — Moyen de rendre plus facile l'introduction des sondes à litholapaxie, par OTIS (*Journ. of cutan. dis.*, janvier.) — L'emploi du ballon de Petersen comme aide pour trouver un calcul ou pour la lithotritie quand la vessie est à loges, par HARRISON. (*Lancet*, 14 mars.) — Étude clinique d'un calcul vésical, par GUYON. (*Bull. méd.*, 11 mars.) — Lithotritie chez un vieillard, par DESNOS. (*Rev. gén. de clin.*, n° 1, p. 10.) — De la lithotritie à séances prolongées, par BACHELIER. (*Thèse de Bordeaux.*) — Taille hypogastrique chez un vieillard de 84 ans pour rétention d'urine et cathétérisme difficile, guérison par DELEFOSSE. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, avril.) — Six cas de taille périnéale par WHITE. (*Amer. Journ. of med. sc.*, janvier.) — Pathologie des tumeurs vésicales, par ZAPPALA. (*Progresso med.*, 10 janvier.) — Adéno-carcinome papillaire de la vessie extirpé par la taille sus-pubienne; réflexions sur le diagnostic des petits papillomes de la vessie, par ALEXANDER. (*Journ. of cut. dis.*, mars.)

Vision. — L'équivalent cylindrique des lentilles titrées, l'équivalent prismatique des lentilles décentrées, l'emploi de ces lentilles dans la pratique, par HOLDEN. (*Arch. of ophth.*, XX, 1.) — La bande lumineuse comme on la voit sur le centre des vaisseaux rétiens, due à la réflexion, à la réfraction ou aux deux, par DAVIS. (*Ibid.*, XX, 1.) — Mesure des lentilles de la Compagnie optique de Genève, par SMITH (*Ibid.*, XX, 1) — Echelles pour mesurer l'acuité visuelle, par JACKSON. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 31 janvier.) — Des images diffuses résultant de la vision non accommodée, diplopiemonoculaire, par CHABRY. (*Soc. de biol.*, 17 janvier.) — Théorie électrique de la lumière, par SOUS. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 janvier.)

Vitré (Corps.) — Cysticerque du corps vitré, par CHIBRET. (*Soc. d'ophth.*, 6 janvier.)

X Z

Xanthome. — Xanthome multiple de la peau, par VIDAL. (*Soc. de dermat.*, 8 janvier.) — Xanthome des diabétiques, ses rapports avec le xanthome ordinaire, par ROBINSON. (*Brit. Journ. dermat.*, avril.)

Xéroderme. — Xeroderma pigmentosum chez deux frères, par UNNA. (*Soc. méd. de Hambourg*, 21 octobre 1890.)

Zona. — Convulsions épileptiformes réflexes consécutives à un zona, par BYRON. (*N. York med. Journ.*, 10 janvier.) — Zona du plexus honteux gauche, s'accompagnant de rétention paralytique de l'urine, par HUGO DAVIDSON et BERNHARDT. (*Berlin klin. Woch.*, 28 juillet 1890.) — Du zoster gangréneux hystérique, par BAYET. (*Journ. de méd.*, *Bruxelles*, mars.) — Le traitement du zona, par A. F. P. (*Gaz. des hôp.*, 8 janv.)

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Die Entwicklung der Ganglienanlagen u. s. w. (Le développement des ébauches ganglionnaires chez l'embryon humain), par M. v. LENHOSSEK (*Arch. für Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft 1, 1891*).

Cette étude a été faite sur l'embryon de Bulle décrit plus loin, page 405, par Kollmann. De très bonne heure, c'est-à-dire sur les parties reculées du corps de l'embryon, le matériel des futurs ganglions se prépare sous la forme d'une bande ectodermique non segmentée, constituée par des éléments arrondis que l'on peut appeler ganglioblastes, et qui, contiguë aux plaques médullaires, représente le cordon intermédiaire ou ganglionnaire de His. Quand les plaques médullaires se reploient, les deux bandes de chaque côté sont situées au sommet des replis. Quand la gouttière médullaire se ferme en un tube, elles sont incorporées à ce tube dont elles forment, en se confondant temporairement sur la ligne médiane, la partie dorsale, obturatrice de la gouttière. Cette situation n'est pas définitive ; bientôt les ganglioblastes se multipliant, et d'autre part les plaques médullaires qui les environnent tendant à se réunir, les éléments ganglionnaires quittent l'un après l'autre le tube médullaire et viennent s'étaler sur ses faces latéro-dorsales. La disposition bilatérale de l'ébauche ganglionnaire est ainsi réalisée à nouveau ; et de plus, il apparaît un caractère segmentaire se traduisant par ce fait que la végétation des cellules et leur issue hors du tube médullaire sont plus actives au niveau des segments primitifs qu'entre ces segments ; de là résulte plus tard la situation intervertébrale des ganglions spinaux. A la suite de la migration des ganglioblastes, les plaques médullaires se ferment en un tube une seconde fois et, cette fois, d'une façon définitive.

L'auteur considère la description qu'il vient de donner comme représentant le mode fondamental et typique de la formation ganglionnaire

chez les vertébrés. Il décrit plusieurs variations de ce type : chez le poulet, le cordon ganglionnaire ne peut trouver entièrement place entre les bords dorsaux des plaques médullaires, et forme, à la face dorsale du tube médullaire, une sorte de calotte réellement intermédiaire comme situation au tube et à l'ectoderme ; chez le *Petromyzon* (Kupffer) l'ébauche ganglionnaire constitue la portion dorsale de la masse médullaire cunéiforme ; chez l'axolotl, l'ébauche des ganglions se sépare de bonne heure du sillon médullaire qu'elle complétait en un tube, et prend place, de même que chez le poulet, sous forme d'un croissant libre de toutes parts, entre l'ectoderme et le tube médullaire. A. PRENANT.

Ueber die Bildung von animalen Muskelfasern aus dem Urwirbel (Formation des fibres musculaires de la vie animale aux dépens des protovertébrés), par S. KAESTNER (*Arch. f. Anat. u. Physiol., Anath. Abth., Suppl. Band*, 1891).

La « plaque dorsale » de Remak comprend deux couches, une externe épithéliale, une interne myo-formative. La couche interne est formée : 1° par des cellules épithéliales de la paroi latérale de la protovertèbre qui s'insinuent par glissement au-dessous de sa paroi dorsale ; 2° par des cellules myo-formatives dérivées de la couche externe de la plaque dorsale et émigrées dans la couche interne. Ces deux sortes d'éléments prennent part de la même manière à la formation de la musculature animale. Quant à la couche externe de la plaque dorsale elle est identique à la paroi dorsale primitive de la protovertèbre. Sa constitution est celle d'un épithélium à une seule couche dont les éléments se différencient : 1° en cellules myo-formatives lesquelles émigrent dans la couche interne ; et 2° en cellules épithéliales proprement dites qui ne changent pas de place. Les premières dérivent des secondes.

Dans un stade plus avancé (poulet du 4^e jour) les deux couches de la plaque dorsale sont séparées par du tissu parablástico qui s'insinue entre elles. La couche musculaire garde ses connexions, mais la couche épithéliale est détruite, et ses éléments, c'est-à-dire les cellules épithéliales, disparaissent au milieu du tissu conjonctif ; ils fournissent sans doute la musculature cutanée. Cependant les extrémités dorsale et ventrale (les boutons musculaires) de la couche épithéliale sont épargnées par ce remaniement et fournissent la musculature de certaines régions du tronc.

Quant à la part prise par les plaques dorsales à l'édification de la musculature on peut affirmer : 1° qu'elles fournissent à un territoire beaucoup plus étendu que celui qu'elles occupaient elles-mêmes ; 2° qu'elles participent à la formation de la musculature des extrémités. A. NICOLAS.

Ueber die « Schaumstruktur » u. s. w. (Sur la structure spumeuse principalement dans les fibres musculaires et nerveuses), par APATHY (*Biol. Centralblatt, Band XI, n° 3*, 1891).

La conception du protoplasma, que Bütschli a fixée par le terme de « structure spumeuse » n'a de neuf que le nom, et coïncide avec les idées de structure alvéolaire ou vésiculaire. Appliquée aux tissus musculaire et nerveux des Métazoaires supérieurs, elle est peu heureuse et consacre même une inexactitude d'observation. La structure fibrillaire

du muscle et de la substance conductrice des fibres nerveuses ne peut nullement être rattachée au type alvéolaire ou spumeux du protoplasma. La disposition fibrillaire n'est pas dans ces éléments le résultat de l'allongement des travées longitudinales des alvéoles, car ces fibrilles devraient être réunies par des anastomoses transversales représentant les travées transversales des alvéoles. Or, c'est ce dont Apathy n'a pas pu se convaincre par l'examen des fibres musculaires des Hirudinées et en particulier de la Pontobdelle. Loin de ne voir dans les fibrilles musculaires et nerveuses qu'une modification du protoplasma ordinaire, il faut faire la distinction entre celles-là et celui-ci, celui-ci producteur, celles-là produites.

Les vues de Bütschli reposent d'ailleurs sur une confusion générale entre protoplasma et corps protoplasmique ou corps cellulaire. Dans le corps protoplasmique, il y a, outre le protoplasma ou mieux somatoplasma, des substances diverses parmi lesquelles le suc cellulaire ou hyaloplasma avec ses différenciations. Il faut distinguer entre structure protoplasmique et structure cellulaire, entre protoplasma et corps protoplasmique.

A. PRENANT.

Das reticulirte Gewebe u. s. w. (Le tissu réticulé et ses rapports avec les fibrilles conjonctives), par MALL (*Abhandl. der math.-phys. Classe der Königl. Sächs. Ges. d. Wiss.*, XVII, 4).

Sous ce titre, Mall publie un travail qui renferme des données très nombreuses et très précises sur les réactions chimiques des tissus élastique, tendineux et réticulé. Il établit l'existence d'un tissu réticulé, composé de fibrilles homogènes anastomosées ensemble, bien distinct chimiquement du tissu élastique et du tissu blanc fibreux (tissu tendineux). Il montre ensuite la répartition de ce tissu dans l'organisme.

Pour établir la spécificité chimique du tissu réticulé, il le différencie d'abord du tissu élastique jaune, dont il donne les caractères. Il examine les réactions du tissu élastique vis-à-vis des acides froids et chauds, étendus et concentrés, de la potasse, de la pepsine, de la pancréatine, de la papaïne; il étudie l'action des bactéries les plus variées sur ce tissu, les conditions aussi de la putréfaction. De nombreux tableaux indiquent comment, par exemple, l'acide HCl agit sur le tissu élastique, aux degrés de concentration les plus divers et pendant des laps de temps très variables, comment les microorganismes attaquent le tissu élastique plus ou moins complètement et plus ou moins rapidement. Les observations qui précèdent permettent de conclure, quant à la structure des fibres élastiques, qu'elles se composent de deux substances : une membrane et un contenu, celui-ci réfringent, mou et de constitution chimique et morphologique simple malgré la striation transversale qu'on peut y voir. Relativement au développement du tissu élastique, ce tissu n'existe pas encore chimiquement dans le ligament de la nuque d'embryons de chien de 13,5 millimètres et de bœuf de 13 centimètres. Il apparaît sous forme d'un réseau extrêmement délicat, dont les travées s'épaississent ensuite.

Puis l'auteur étudie simultanément, et de la même façon qu'il l'a fait pour le tissu élastique, les tissus blanc fibreux (tendineux) et réticulé,

dont beaucoup de réactions sont identiques. Ces deux derniers peuvent être séparés du tissu élastique par la pancréatine et la papaïne, qui ne les attaquent pas et dissolvent le tissu élastique. Le tissu réticulé se distingue du tissu blanc fibreux en ce qu'il ne donne pas de gélatine par la coction. A tous les stades de leur développement, les fibres conjonctives sont intercellulaires et produites par une sorte de coagulation.

La distribution du tissu réticulé dans l'organisme est très étendue. La méthode employée pour mettre ce ti-su en évidence est la suivante : coupes d'organes congelés, digérées par la pancréatine et colorées par une solution picrique, puis desséchées et colorées à nouveau dans la fuchsine acide. La charpente réticulée ainsi caractérisée microscopiquement ne doit pas donner de gélatine par la coction (distinction d'avec le tissu fibreux). De la sorte, l'auteur a pu montrer que les ganglions lymphatiques, la rate, les muqueuses et en particulier la muqueuse intestinale, le foie, les reins, les poumons, et avec doute quelques autres organes renferment une charpente essentiellement constituée de tissu réticulé vrai et accessoirement de tissu fibreux et de tissu élastique. Il en est de même de la capsule de la rate, tandis que celles du foie et du rein sont formées de tissu fibreux.

A. PRENANT.

The planes of subperitoneal and subpleural connective tissue with their extensions (Les plans connectifs sous-péritonéal et sous-pleural et leur extension), par ANDERSON et MAKINS (*Journal of Anat. and Phys.*, XXV).

Les plans connectifs ou fascia sous-péritonéal et sous-pleural ne sont qu'une portion du tissu connectif général qui entoure les gros vaisseaux, de leur origine à leur terminaison et qui parvient ainsi dans toutes les parties du corps. Ce tissu forme aux gros vaisseaux des gaines, dans lesquelles les nerfs se distribuent aux vasa-vasorum, et dont la face interne est séparée par une sorte d'espace lymphatique de la tunique adventice. Là où se côtoient une artère et une veine, leurs gaines s'adossent et se confondent en une cloison médiane séparatrice. Ces gaines, parties constituantes du tissu sous-péritonéal, se prolongent en dehors de l'abdomen sur les vaisseaux fémoraux, sacrés, fessiers, honteux, obturateurs, unissant ainsi la cavité abdominale et les autres régions du corps. Les mêmes connexions existent entre les plans connectifs intrathoraciques, et les gaines périvasculaires du cou et de l'aisselle.

A. PRENANT.

Zur Theorie der Kerntheilung (Contribution à l'étude de la division nucléaire), par Em. SCHWARZ (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIV, 3).

En fixant à l'état frais et en examinant dans les meilleures conditions la peau de prépuces humains, enlevés à la suite de phimosis, Schwarz constata que le noyau au repos des cellules épithéliales renferme la chromatine à l'état de corpuscules isolés. A ce moment, la charpente nucléaire n'est pas visible, puisqu'elle ne se compose que de son substratum achromatique. Plus tard, la charpente nucléaire devient visible et se met en relation avec les corpuscules chromatiques. C'est la période de croissance du réseau chromatique où l'on voit également les corpuscules chromatiques augmenter de nombre. Comme leur masse devient

en même temps plus notable, les corpuscules chromatiques forment les nœuds du réseau chromatique. Enfin les filaments irréguliers du réseau prennent un calibre uniforme et c'est ainsi que se constitue le peloton chromatique, précédant la formation des anses.

Quant à la façon dont se comporte l'achromatine, voici les résultats de Schwarz : pendant la division cellulaire, la substance du noyau ne se mélange pas à celle du corps cellulaire, de sorte que les phénomènes cinétiques se passent dans l'intérieur de la masse nucléaire. Comme les contours du noyau restent intacts pendant la division, il en résulte que le noyau-fille est le dérivé direct et immédiat du noyau-mère. D'autre part, le noyau restant pendant toute la durée de la division nettement délimité, la substance du corps cellulaire ne peut pas pénétrer dans l'intérieur du noyau : *totus nucleus e nucleo*.

En un mot, toute la chromatine provient des nucléoles qui lui sont identiques. Au fur et à mesure que la chromatine croît, augmente dans la substance achromatique, le réseau chromatique prend peu à peu les caractères du peloton futur. Ce n'est que consécutivement à ces phases préparatoires qu'on voit s'effectuer la division du filament chromatique, sans que jamais le protoplasma cellulaire pénètre dans le noyau.

ÉD. RETTERER.

Die Rumpfsegmente menschlicher Embryonen von 13 bis 35 Urvirbeln (Les segments du tronc chez des embryons humains possédant de 13 à 35 protovertèbres), par KOLLMANN (*Arch. für Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft 1*, 1891).

Les embryons humains dont s'est servi Kollmann comptaient de 13 à 35 protovertèbres ; leur âge s'étendait de la fin de la 2^e à la fin de la 4^e semaine.

L'auteur étudie successivement dans le segment les parties suivantes : le myotome, la plaque moyenne, la plaque latérale.

Myotomes. L'embryon humain de 13 segments primitifs présente dans la région cervicale postérieure et dans les myotomes du thorax tout récemment formés un myocèle d'abord vide, mais qui bientôt est rempli par le noyau protovertébral déveillé aux dépens de la paroi du myotome. Cette masse cellulaire représente le sclérotome, organe embryonnaire qui entoure le tube médullaire et la corde dorsale et dont une partie fournit le blastème du squelette axial et des membranes cérébrales. Les sclérotomes sont donc chez l'homme comme chez les sélaciens des organes à ébauche métamérique. L'issue du noyau protovertébral ou sclérotome produit dans la paroi du myotome une fente, qui ouvre le myocèle, et qui peut être appelée fente intervertébrale, parce qu'elle persiste plus tard sous forme de trou intervertébral. Après l'issue du sclérotome, le myotome devient chez l'homme comme chez les autres vertébrés une double plaque, formée d'une lame interne, lame musculaire ou splanchnopleure du myotome et d'une lame externe, lame cutanée ou somatopleure du myotome, unies l'une à l'autre à l'angle supérieur et à l'angle inférieur du myotome, comprenant entre elles une étroite cavité, le myocèle, ouverte par une fente intervertébrale de laquelle sort le sclérotome. La lame interne devient l'ébauche fondamen-

tale de la région dorsale des muscles du tronc, la lame externe devient celle de la région ventrale.

La lame externe fournit encore la musculature métamérisée des extrémités. Plusieurs métamères, renfermant le matériel cellulaire fourni par la lame externe, entrent dans la constitution de chacun des moignons qui chez l'embryon de quatre semaines figurent les extrémités. Chez l'embryon humain comme chez les sélaciens, il existe de véritables bourgeons musculaires qui pénètrent dans le bourrelet formateur des extrémités. Seulement le processus est différent de ce qu'il est chez les sélaciens et semblable à celui des oiseaux et des mammifères ; les bourgeons musculaires contournent le blastème axial duquel dérive le squelette des extrémités, et l'entourent complètement. La lame externe, après avoir fourni ces puissants bourgeons, se réduit, à la hauteur de la lame interne, à une couche très mince. C'est cette couche qui va donner l'ébauche du tissu cutané ; cette ébauche, comme la lame externe du myotome dont elle dérive, offre une disposition segmentaire ; de là la trichomérisie et les autres manifestations métamériques qu'on observe plus tard.

Les sclérotomes forment chez l'homme comme ailleurs directement l'ébauche des futures vertèbres définitives ; il ne se fait pas de remaniement de ces sclérotomes pour former la colonne vertébrale, et à aucun moment l'ébauche de la colonne vertébrale n'est une masse cellulaire continue, non segmentée, due à la fusion des sclérotomes. Les sclérotomes, desquels dérivent les vertèbres, et le blastème axial, qui fournit le squelette des extrémités, se forment d'une manière indépendante, les premiers dans la zone fondamentale, le second dans la zone pariétale.

Plaques moyennes. La plaque moyenne, intermédiaire au myotome et à la plaque latérale, n'est pas traversée chez l'embryon humain, contrairement à ce qui existe chez les sélaciens, par la fente cœlomique ; elle unit ainsi non pas le myocèle à la cavité péritonéale, mais seulement les parois de ces cavités. Tout d'abord insignifiante, comme dans la région cervicale de l'embryon humain de deux semaines, et représentée seulement par un pont anastomotique entre la splanchnopleure et la somatopleure des plaques latérales, elle devient plus importante et s'épaissit notablement, en même temps qu'apparaît un tractus cellulaire qui la réunit au myotome et qui est le cordon intermédiaire de His ou cordon d'union de Balfour et Hertwig, plus tard du reste indistinct. La segmentation de la plaque moyenne existe chez l'homme comme chez les vertébrés inférieurs. Elle est attestée : par l'existence de lignes de séparation qui cloisonnent la plaque moyenne comme le myotome et qui sont la continuation des lignes séparatrices des myotomes ; par la disposition segmentaire des canalicules du rein primitif issus de la plaque moyenne ; par les relations vasculaires segmentaires de la plaque moyenne avec la veine cardinale. Si la plaque moyenne est chez les sélaciens le lieu d'origine du sclérotome, celui-ci naît chez l'homme aux dépens du myotome ; ce qui constitue dans le développement de ces deux types une notable différence.

Plaques latérales. Les plaques latérales ne présentent chez l'homme aucun signe de segmentation. Elles consistent en cellules embryonnaires,

qui fournissent en définitive du mésenchyme, c'est-à-dire des substances conjonctives, des vaisseaux et des muscles organiques. Le feuillet viscéral ou splanchnopleure de la plaque latérale fournit le mésenchyme et la musculature lisse qui entourent l'entoderme du tube digestif. La somatopleure ou feuillet pariétal de la plaque latérale consiste en une région dorsale comprenant le bourrelet formateur des extrémités, la plaque abdominale, et une région ventrale ou membrane réunissante antérieure. La segmentation, qui chez des embryons humains de quatre à cinq semaines se manifeste au niveau de la plaque abdominale, tient à la pénétration des myotomes et des troncs nerveux. Les plaques latérales ne forment pas de muscles du squelette, mais ne font que recevoir ceux qui émigrent des myotomes. Ces muscles, entourant le blastème axial de la future extrémité, sont naturellement et de prime abord divisés par ce blastème en une masse dorsale et une masse ventrale desquelles résulteront respectivement la masse dorsale des extenseurs et la masse palmaire des fléchisseurs.

Dans des considérations terminales, Kollmann rattache aux faits avancés dans le présent travail les données théoriques qu'il avait énoncées autrefois. Il maintient la distinction du mésoderme axial et du mésoderme périphérique, celui-là segmenté et producteur des muscles volontaires, celui-ci non segmenté et fournissant l'ébauche des substances conjonctives, des vaisseaux et du sang. L'un et l'autre ont de commun leur origine entodermique.

A. PRENANT.

Beiträge zur Entwicklungsgeschichte von *Salamandra atra* (Contribution à l'histoire du développement de *salamandra atra*), par R. WIEDERSHEIM (Arch. f. mik. Anat. XXXVI, 1890).

Chez la salamandre noire, quarante à soixante œufs pénètrent dans chacun des oviductes, mais de ces œufs un seul de chaque côté, le plus rapproché de l'orifice utérin, se développe, tandis que les autres se rassemblent en un amas vitellin dont l'embryon se nourrit quand il a épuisé sa réserve propre. Les deux embryons ainsi formés parcourent tous les stades de leur évolution, jusqu'à la perte des branchies inclusivement, dans le corps de leur mère, et naissent avec des poumons. Wiedersheim a cherché à déterminer les conditions qui permettent à ces fœtus, pourvus de houpes branchiales très longues, de se nourrir et surtout de respirer. Les processus histologiques consistent essentiellement, au niveau du sac embryonnaire et des régions adjacentes de l'utérus, en une infiltration du revêtement épithélial utérin par des leucocytes migrants, puis en une invasion considérable de globules rouges, plus ou moins dégénérés qui s'insinuent dans toute l'épaisseur des replis de la muqueuse. Ces globules rouges s'accumulent par places sous l'épithélium; celui-ci se détruit de diverses manières, et les globules tombent dans le sac embryonnaire, amenant ainsi au voisinage immédiat de l'embryon et de ses branchies des matériaux riches en oxygène et en substances nutritives, qui viennent remplacer la provision vitelline rapidement utilisée.

Au point de vue purement morphologique, ces phénomènes sont très semblables à ceux dont est le siège la muqueuse utérine des mammifères pendant la période menstruelle. La régénération de l'épithélium chez la

salamandre se fait aussi de la même manière que chez les mammifères. Chez celle-ci comme chez ceux-là on peut donc parler d'une formation déciduale et de la participation du système vasculaire maternel aux besoins nutritifs et respiratoires de l'embryon.

A. NICOLAS.

La glande de l'humeur aqueuse, glande des procès ciliaires ou glande uvée, par NICATI (*Arch. d'ophthalm.*, X, n° 6, et XI, n° 1 et 2).

Cet important travail résume et réunit les recherches publiées à plusieurs reprises par l'auteur sur cette question. En voici les conclusions générales :

L'humeur aqueuse est sécrétée par la surface qui recouvre intérieurement les procès ciliaires, de l'ora serrata à l'iris. Conduite par le canal godronné, les pertuis des vallons ciliaires et du ligament suspenseur, la chambre postérieure et la pupille, elle se déverse dans la chambre antérieure, d'où elle est résorbée par les puits lymphatiques de l'iris.

La glande uvée se compose d'un épithélium (*pars ciliaris retinæ*) d'un puits vasculaire et séreux (*chorio-capillaire*) d'un appareil contractile (*muscle cilio-choroïdien*).

La variété ordinaire de l'humeur aqueuse, non fibrineuse, est sécrétée par l'épithélium. Il ne diffuse les sels du sang que si celui-ci en contient des quantités exceptionnelles, ou après section du sympathique cervical. Le liquide de la chambre antérieure subit un mouvement incessant de circulation rotatoire qui empêche les dépôts opaques sur la face postérieure de la cornée. La variété fibrineuse se produit après évacuation de la chambre antérieure ou section des nerfs cornéens : elle est sécrétée par les interstices des cellules épithéliales. C'est une sécrétion réflexe produite par rupture d'équilibre entre la tension oculaire et la tension sanguine. Les nerfs de la couche profonde de la cornée sont le siège périphérique de ce réflexe. Le mécanisme nerveux de la sécrétion fibrineuse consiste en un appareil d'énergie sécrétoire sans cesse en tension, situé dans le ganglion ophtalmique et un appareil d'inhibition situé dans le bulbe et dans le ganglion de Gasser. Le réflexe, c'est-à-dire la sécrétion, a lieu toutes les fois que l'inhibition est suspendue soit automatiquement en cas de ponction, soit directement par la section expérimentale du trijumeau. Les excitations de l'iris et la paralysie isolée des vaisseaux de l'œil hâtent le réflexe et l'exagèrent.

Deux affections pathologiques sont sous la dépendance de la glande uvée. Le glaucome est la rétention de l'humeur aqueuse; la distension des conduits et des espaces où elle circule produit l'hydrophtalmus antérieur, la compression médiate de la rétine entraîne la stase veineuse de cette membrane et de son satellite le vitreum, d'où œdème de la rétine et du corps vitré, et par conséquent hydrophtalmus postérieur. L'accès aigu est produit par l'œdème spasmodique de la chorio-capillaire, consécutif aux irritations de l'iris.

Le décollement antérieur progressif de la rétine est produit par l'humeur aqueuse s'écoulant à travers une rupture du canal godronné.

F. DE LAPERSONNE.

Beiträge zur feinern normalen Anatomie des menschlichen Geruchsorganes (Contribution à l'anatomie microscopique normale de l'organe olfactif chez l'homme), par H. SUCHANNEK (*Arch. f. mik. Anat.* XXXVI, p. 375).

L'épithélium olfactif chez l'homme adulte et chez l'enfant âgé recouvre pas d'une façon ininterrompue les régions du cornet supérieur, du cornet moyen et du septum groupées d'habitude sous la dénomination de « région olfactive », mais il est réparti sous forme d'îlots irréguliers sur tout le toit des fosses nasales. Il en résulte que sa répartition ne peut être rigoureusement appréciée que par des coupes sérieuses et pas seulement par des dissociations.

Dans les cas les plus rares, la région de l'épithélium olfactif est déjà indiquée macroscopiquement par la pigmentation de la muqueuse. Toutefois, l'absence de cette pigmentation n'implique pas l'absence d'éléments sensoriels, et d'autre part des zones qui n'appartiennent pas à la région olfactive peuvent être pigmentées. La hauteur (épaisseur) du revêtement épithélial, pas plus que sa richesse en noyaux, ne peuvent davantage servir de criterium pour reconnaître si l'on a sous les yeux une région sensorielle, et pour en être sûr il faut avoir égard aux signes suivants :

1° Une bordure de cils fins (poils olfactifs), plus basse que la bordure ciliée de l'épithélium respiratoire, plus délicate aussi et qui se montre souvent comme un liséré cuticulaire strié. Cette apparence est due à l'agglomération des cils par le liquide excrété par les glandes;

2° Un liséré protoplasmique de 15 à 18 μ , formé par les extrémités périphériques des cellules olfactives et des éléments de soutien;

3° L'existence de cellules non pigmentées et de noyaux libres ainsi que d'éléments pigmentés (adultes et enfants âgés) disséminés dans l'épithélium et que l'auteur appelle cellules-cloches (Glockenzellen);

4° Différence entre la forme du noyau des éléments de soutien (ovale ou allongé) et celle du noyau des cellules olfactives (arrondi);

5° Existence d'une couche de cellules basales qui ne se trouve limitée du côté de la tunique propre par aucune cuticule;

6° Présence d'une moindre quantité de glandes de Bowman et de fibres du nerf olfactif dans la tunique propre. Accumulation de pigment entre les glandes et les nerfs.

A. NICOLAS.

Ueber die Caruncula lacrymalis des Menschen (La caroncule lacrymale de l'homme), par L. STIEDA (*Arch. f. mik. Anat.*, XXXVI, 2, p. 291).

On admet communément que la caroncule lacrymale renferme des poils, des glandes sébacées et des glandes sudoripares. Stieda, après un historique détaillé de la question, s'élève contre cette manière de voir et montre que les glandes que l'on y rencontre à côté des glandes sébacées ne sont nullement des glandes sudoripares, mais des glandes acineuses en tous points semblables aux glandes conjonctivales dites glandes de Krause. Ces glandes sont au nombre de 2 à 3, mais elles ont un canal excréteur commun, de telle sorte qu'en réalité il est plus exact de dire qu'il n'y a qu'une seule glande. La structure histologique des acini est celle, bien connue, des glandes séreuses.

Pour terminer, l'auteur étudie les cellules caliciformes que l'on trouve

dans l'épithélium de revêtement de la caroncule, aussi bien d'ailleurs que dans le reste de la conjonctive. Pour certaines raisons il pense que ces éléments n'ont pas la même signification que les éléments caliciformes de l'intestin, de l'arbre respiratoire, etc., mais qu'ils sont le résultat d'une véritable dégénérescence hyaline.

A. NICOLAS.

Der Tractus thyreoglossus und seine Beziehungen zum Zungenbein (Le tractus thyroïglosse et ses rapports avec l'os hyoïde), par W. HIS (Arch. für Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft 1, 1891).

Streckeisen avait montré que le tractus thyroïglosse, c'est-à-dire le cordon épithélial qui est la trace laissée par la glande thyroïde médiane lors de sa migration, passe au devant de l'os hyoïde; la glande supra-hyoïde, dépendance de ce tractus, peut être enclavée secondairement dans l'hyoïde; et si la partie inférieure du tractus, le prolongement thyroïdien pyramidal ou pyramide de Lalouette s'attache à la face postérieure de l'os, cela résulte d'un déplacement secondaire, produit par le développement même de cet os. En réalité, d'après His, les choses se passent comme il suit. La continuité du tractus thyroïglosse disparaît avant que l'hyoïde se forme: le tractus devient discontinu à 4 semaines 1/2, l'hyoïde paraît à l'état cartilagineux à la fin de la 5^e semaine. Une portion du conduit, s'étendant entre la base de la langue et l'os hyoïde, sera donc placée au-dessus et en avant de cet os, et les glandes ou kystes qui peuvent dériver de cette portion auront la même situation. Une portion inférieure comprise entre l'hyoïde et la glande thyroïde, la pyramide de Lalouette en un mot, demeurera au-dessous et en arrière de l'os. Des restes du tractus, correspondant à sa partie moyenne, pourront être englobés dans la formation hyoïdienne, et les rapports étroits de la glande suprahyoïde avec le périoste de l'os existeront primitivement. Remarquons que His parle toujours de tractus et non de conduit thyroïglosse; c'est que le pédicule de la glande thyroïde est de bonne heure privé de lumière.

A. PRENANT.

Ueber die Veränderungen des Zahnbogens bei der zweiten Dentition (Sur les transformations de l'arc dentaire pendant la seconde dentition), par ZSIGMONDY (Arch. für Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft 5 et 6, 1890).

L'auteur se propose de résoudre la question, non encore directement tranchée (ainsi que le prouvent les données bibliographiques), qui consiste à chercher si la partie moyenne de la mâchoire, qui porte la garniture dentaire temporaire, demeure sans modifications ou bien s'agrandit pendant la période de remplacement des dents. Dans ce but, il a pris, sur trois sujets et d'âge en âge à mesure des progrès de l'évolution dentaire, des moules en plâtre de la portion alvéolaire de la mâchoire inférieure et aussi de la mâchoire supérieure. Il a obtenu de la sorte six séries de moules sur lesquels ont porté ses mensurations.

A chacune des périodes du remplacement dentaire, l'arc dentaire peut être construit au moyen de ces moules de la façon suivante. On détermine le point central de la coupe horizontale de la dent; il est donné par le milieu d'une ligne unissant le sommet de la courbe qui délimite la gencive et la surface faciale de la couronne dentaire au sommet corres-

pendant pour la surface linguale de la couronne. Si maintenant l'on joint par des lignes droites les points centraux des coupes transversales des dents successives, on obtient une ligne brisée qui figure exactement l'arc dentaire.

Cela étant, on peut constater qu'à la mâchoire supérieure les incisives sont déplacées directement en dehors, les canines et les molaires, en dehors et en arrière, lors du remplacement des dents. A la mâchoire inférieure, le déplacement est moindre pour toutes les dents, ce qui tient à ce qu'est moindre aussi la différence de taille entre les dents permanentes et les dents de lait correspondantes qui les ont précédées.

Par suite le déplacement des dents successives produit un élargissement général de l'arc dentaire, plus considérable pour la mâchoire supérieure que pour la mâchoire inférieure.

Si l'on unit par une ligne droite la ligne médiane de la mâchoire et la face postérieure de la deuxième prémolaire de chaque côté (distances a et a), et que l'on joigne également par une droite les faces postérieures des deuxièmees prémolaires droite et gauche (distance b), on constate que la distance a augmente peu à la mâchoire supérieure, tandis que la distance b s'accroît de 3 millimètres, que la distance a diminue à la mâchoire inférieure de 1,5 millimètres, tandis que la distance b augmente d'une pareille longueur.

A. PRENANT.

Étude sur le ligament alvéolo-dentaire, par COLLAUD (*Intern. Monatsschrift für Anat. und Phys., Band VII*).

Collaud nomme ligament alvéolo-dentaire le périoste qui entoure la dent et la fixe dans l'alvéole, bien qu'il reconnaisse cette expression fort peu convenable, le périoste du ciment et de l'alvéole dentaire tout à la fois n'étant en rien un ligament. Etudiant ce ligament ou périoste alvéolo-dentaire chez un jeune chien, un jeune chat et un jeune cochon, l'auteur y recherche la topographie générale des fibres du périoste, l'état des éléments cellulaires, la circulation et l'innervation. Le périoste se continue en haut par la gencive; à la pointe de la racine ses fibres deviennent rares et parallèles à l'axe de la dent. Les connexions des fibres périostiques avec le ciment et avec la paroi alvéolaire sont très intimes; les fibres pénètrent dans le ciment et dans l'os à la manière de fibres de Sharpey. Le périoste alvéolo-dentaire renferme des masses épithéliales paradentaires et est essentiellement constitué par des cellules conjonctives ordinaires et par des cellules plates. Les vaisseaux viennent de l'artère alvéolaire d'une part, des vaisseaux de la gencive d'autre part; les premiers pénètrent dans le canal dentaire ou montent dans le périoste en s'anastomosant avec ceux de la paroi alvéolaire ou de la gencive. Les vaisseaux forment d'ailleurs deux couches différemment serrées.

A. PRENANT.

Histologisches über den Schneckenkanal, speciell die Stria vascularis (Sur l'histologie du canal limacéen, spécialement de la strie vasculaire), par L. KATZ (*Arch. für Ohrenheilkunde, Band XXXI, Heft 1*).

La strie vasculaire représente-t-elle un épithélium vasculaire, ou bien

n'est-elle qu'un mélange d'épithélium et de tissu conjonctif accompagnant les vaisseaux, telle est la question que Katz cherche à résoudre. Il isole, par macération de la strie dans l'alcool au 1/3 ou l'acide osmique à 1/8 0/0, des cellules épithéliales de formes très variées, souvent cylindriques ou fongiformes, à noyau superficiellement placé, à protoplasma nettement fibrillaire, pourvu de prolongements dont l'ensemble figure une sorte de balai; ces prolongements se perdent dans le tissu conjonctif sous-jacent, tissu réticulé lymphoïde condensé en une sorte de membrane basale nucléée. Il n'y a chez l'adulte que des traces de tissu conjonctif entre les cellules épithéliales. Chez le jeune chat (de 4 jours), les cellules que l'on trouve parmi les éléments épithéliaux sont des cellules connectives ou même lymphatiques. Quoique les vaisseaux soient recouverts directement par les cellules épithéliales, la strie vasculaire dans son ensemble ne représente cependant pas un épithélium vasculaire, car la partie profonde de la strie renferme du tissu réticulé conjonctif, et l'épithélium n'a pas de limite profonde nettement tranchée.

A. PRENANT.

Ein bisher nicht beschriebener Kanal u. s. w. (Un canal non encore décrit dans le sphénoïde de l'homme et de plusieurs mammifères), par STERNBERG (*Arch. für Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft 5-6, 1890*).

Le canal dont il s'agit est le plus apparent chez un enfant de 3 à 4 ans. Situé à l'angle interne de la fente orbitaire supérieure (sphénoïdale), au niveau de l'insertion de la racine externe de l'aile orbitaire du sphénoïde, son orifice est large et peut être sondé avec une grosse soie. De là le canal se dirige obliquement en arrière et en dedans et traverse la sphénoïde pour aller s'ouvrir d'autre part sur la face inférieure de l'os dans le sillon qui est au-dessous de l'apophyse vaginale. Ce canal représente ainsi une communication entre la cavité crânienne et le pharynx, tout comme le conduit cranio-pharyngien découvert par Landzert et décrit depuis par Romiti, que l'on peut qualifier de médian pour le distinguer du canal cranio-pharyngien latéral que décrit Sternberg. L'auteur examine ensuite successivement le canal cranio-pharyngien latéral chez le nouveau-né, ses modifications durant la croissance, l'influence qu'exerce sur lui la formation du sinus sphénoïdal, la déhiscence de ce sinus s'effectuant dans l'intérieur du crâne non pas par simple ostéoporose sénile et amincissement de la paroi supérieure du sinus mais par agrandissement de l'orifice supérieur du canal cranio-pharyngien, la disparition totale enfin de ce canal. Il décrit chez l'adulte plusieurs variétés : 1° persistance totale d'un large canal, comme chez l'enfant (très rare); 2° persistance sous forme d'un conduit étroit (rare); 3° orifices supéro-anterieur et inféro-postérieur conservés, portion moyenne transformée en gouttière ouverte dans le sinus sphénoïdal; 4° canal conduisant directement dans la cavité sphénoïdale; 5° canal terminé en cul-de-sac pouvant se réduire à une simple fossette; 6° disparition totale (rare); 7° chez les vieillards, déhiscence du sinus sphénoïdal à l'endroit de l'orifice supéro-anterieur du canal (état dérivé de 4). Sternberg fait ensuite l'anatomie comparée de la région qui présente chez l'homme le canal cranio-pharyngien latéral. Il y a chez les mammifères trois types. Chez les uns (cétacés), il

existe sur la base du crâne de grandes ouvertures de chaque côté entre les deux sphénoïdes ; ces orifices sont remplis par les nerfs, les vaisseaux et du tissu conjonctif. Chez des groupes plus élevés, des prolongements osseux émanant de l'alisphénoïde s'avancent dans ces ouvertures qu'ils décomposent en un certain nombre de trous, parmi lesquels une fontanelle interne. Celle-ci dans une troisième catégorie de mammifères est comblée par l'accroissement de l'os environnant. Ainsi le canal cranio-pharyngien latéral de l'homme n'est pas autre chose qu'un reste de la fontanelle membraneuse qui existe à la base du crâne osseux chez les mammifères plus inférieurs. Ontogénétiquement, l'auteur, n'ayant pas fait de recherches personnelles, s'appuie sur les travaux antérieurs pour dire que le canal est aussi un reste direct du crâne primordial membraneux et représente le vestige d'une fontanelle membraneuse du crâne primordial cartilagineux. Sternberg termine par des considérations générales sur la signification des trous de la base du crâne et par un schéma de la constitution du sphénoïde. Si l'on prend comme exemple les trous creusés dans l'épaisseur du sphénoïde, ils sont différents dans l'ébauche cartilagineuse de l'os et dans l'os ossifié. Dans la première, les trous optiques sont seuls constants ; les trous ovale et carotidien sont inconstants et ne sont souvent que des régions de la grande fontanelle de la base du crâne. Les trous du sphénoïde ossifié sont de deux ordres : les uns ont un encadrement cartilagineux préformé (trous optiques et chez beaucoup d'animaux les trous ovales et carotidiens) ; les autres résultent de la pénétration de pointes osseuses dans les espaces membraneux entre les vaisseaux et les nerfs et représentent des portions de scissures.

A. PRENANT.

Zur Entwicklung und Regeneration der Chorda dorsalis bei den Urodelen Amphibien (Sur le développement et la régénération de la corde dorsale chez les amphibiens urodèles), par BARFURTH (*Anat. Anzeiger*, n° 4, 1891).

H. Müller, Flesch, et Fraisse ont vu que la corde dorsale des Urodèles se prolonge par une tige terminale cartilagineuse. Celle-ci, à la formation de laquelle la corde pour les auteurs précités demeurerait étrangère, est constituée par les cellules de l'épithélium de la corde d'après les recherches de Barfurth, et peut par conséquent porter le nom de « bâtonnet cordal ».

Le tissu cordal peut se régénérer, ainsi qu'on peut le voir en amputant à de très jeunes larves d'Axolotl l'extrémité de la queue. Ce sont encore les cellules de l'épithélium cordal, sous jacentes à l'étui de la corde, qui jouissent de cette propriété régénératrice. Les cellules de tissu cordal néoformées en s'aplatissant se continuent directement avec celles du bâtonnet cordal.

A. PRENANT.

De l'absence ou de l'état rudimentaire de l'utérus, par F. ROSSIGNOL (*Thèse de Paris*, 1890).

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

L'arrêt complet ou partiel de développement de l'utérus est toujours lié à une absence totale ou partielle de fusion des canaux de Müller. Ces anomalies utérines s'accompagnent toujours d'anomalies analogues du côté

du vagin. L'absence complète de l'utérus n'est pas compatible avec la survie du sujet parce qu'elle s'accompagne d'anencéphalie, d'acardie, etc. L'état rudimentaire de l'utérus peut se rencontrer, quoique rarement, chez des personnes vivantes. Lorsque, chez ces personnes, les ovaires sont normaux, il peut survenir des troubles dysménorrhéiques tels qu'une intervention chirurgicale devienne nécessaire.

A. NICOLAS.

Ueber die Betheiligung der Zellschicht... (Sur la part que prend la couche cellulaire du chorion à la formation des caduques sérotine et réfléchie), par Anna REINSTEIN-MOGILOWA (*Archiv f. path. Anat.*, CXXIV, 3).

L'étude de trois œufs humains du premier et du second mois a donné les résultats suivants au point de vue des éléments qui prennent part à la formation de la membrane caduque.

Les glandes de la sérotine ne débouchent point dans l'espace placentaire ; elles restent toujours séparées de cet espace par trois ou quatre assises cellulaires dépendant de la sérotine.

La sérotine et la caduque réfléchie sont composées des couches suivantes : d'une couche profonde formant la masse principale, constituée essentiellement par des cellules riches en protoplasma et dont le grand axe est parallèle à la surface. Cette couche est abondamment pourvue de glandes et de vaisseaux sanguins. Elle est limitée, vers l'espace placentaire, par une couche de fibrine réticulée.

Après la couche fibrineuse vient une couche de cellules polyédriques à protoplasma clair.

Ce même tissu formé de cellules polyédriques se retrouve entre les villosités jusqu'au niveau du chorion sous forme d'îlots dont les éléments se continuent avec ceux des villosités.

La caduque vraie ne présente que les cellules de la couche profonde de la sérotine ; la couche fibrineuse et la couche superficielle susmentionnées y font défaut.

Ces détails de structure semblent montrer que la couche fibrineuse et la couche superficielle de cellules polyédriques sont d'origine fœtale et ne dérivent pas des cellules de la sérotine.

Ajoutons que la « couche cellulaire » de Langhans était continue avec les éléments du chorion et des villosités.

ÉD. RETTERER.

Note préliminaire sur la constitution de l'épithélium des trompes utérines, par NICOLAS (*Journ. intern. d'anatomie et de physiologie*, t. VII, 1891).

L'épithélium du pavillon des trompes et celui de la trompe proprement dite ont été tour à tour examinés chez le lapin, le cobaye, le rat. Outre les cellules ciliées, il existe plusieurs formes remarquables d'éléments épithéliaux : des cellules clavi- ou piriformes à protoplasma parfois fortement condensé, à noyau parfois ratatiné et vivement coloré, cellules dont la pointe légèrement renflée ne dépasse pas la surface de l'épithélium ; des éléments cylindriques dont la base est lisse ou garnie de poils courts, à noyau assez superficiel ; des cellules piriformes à grosse extrémité superficielle saillante au-dessus de la surface libre de l'épithélium. Les leucocytes migrants sont fréquents dans l'épithélium tubaire. Enfin il convient de signaler des éléments arrondis volumineux entourés par

des cellules du type cylindrique mais déformées, l'ensemble rappelant l'aspect que présentent certaines régions de l'épithélium ovarique. Les particularités de structure les plus dignes de remarque dans les éléments épithéliaux de la trompe sont : la présence d'un « noyau accessoire », celle de grains colorés par le violet de méthyle remplissant le protoplasma de certains éléments, les incisures profondes qu'offre souvent le noyau.

A. PRENANT.

Recherches sur les vaisseaux lymphatiques sous-séreux de l'utérus gravide et non gravide, par V. WALLICH (Thèse de Paris, 1891).

Sur l'utérus non gravide, le système lymphatique sous-séreux paraît constitué par un certain nombre de réseaux très fins aboutissant à des troncs :

1° Ces réseaux sont constitués, d'une part par des capillaires formant des mailles, fréquemment anastomosés et disposés par couches pouvant être multipliées à l'infini dans la zone sous-séreuse, depuis les parties les plus superficielles de la couche musculuse, dans laquelle ils envoient des branches, jusque sous l'épithélium péritonéal. Ces fins réseaux sont formés de vaisseaux capillaires, beaucoup plus nombreux que les capillaires sanguins. Enfin l'imprégnation au nitrate d'argent et chlorure d'or a permis à l'auteur de mettre en évidence dans la couche sous-séreuse des ramifications extrêmement fines aboutissant à des espaces analogues à des espaces lacunaires d'origine.

2° Des troncs sont situés à des niveaux divers dans la sous-séreuse. Le plus volumineux est logé profondément sur les parties latérales de la face antérieure.

Dans l'utérus gravide sain, les lymphatiques sous-séreux augmentent de volume mais pas autant qu'on le dit généralement. Ils sont encore représentés par des réseaux et des troncs. Les capillaires des réseaux présentent un volume de beaucoup supérieur à celui des capillaires sanguins. Les troncs mesurent en moyenne de 0,8 millimètres à 1 millimètre. Ces constatations permettent de penser que les énormes vaisseaux lymphatiques qu'on a décrits dans l'utérus gravide après l'accouchement représentent une disposition anormale, pathologique, due peut-être à la lymphangite puerpérale.

A. NICOLAS.

Die Entwicklung der Urnieren beim Menschen (Le développement du rein primitif chez l'homme), par H. MEYER (Arch. f. mik. Anat., XXXVI, 1, p. 138).

L'auteur a étudié deux embryons humains, l'un de 18 à 21 jours, l'autre de 28 à 31 jours. Ce dernier, outre le rein primitif, possédait l'ébauche des reins permanents, mais le canal de Müller n'existait encore ni chez l'un ni chez l'autre. Parmi les faits principaux soigneusement décrits, il faut noter les suivants. Le segment proximal du canal de Wolff dérive du mésoderme et se trouve au début en connexion avec l'épithélium pleuro-péritonéal, tandis que le segment distal s'unit à l'ectoderme. Ce canal constitue donc originellement un tube d'union entre la cavité du cœlome et la surface du corps, tube dont les extrémités s'écartent par suite de l'accroissement en longueur de l'embryon.

Chaque canalicule du rein primitif décrit trois courbures typiques

placées dans un plan perpendiculaire à l'axe du corps. La troisième coubure s'élargit à son extrémité pour former la capsule de Malpighi, laquelle renferme un glomérule plus ou moins développé suivant la région de l'organe envisagée. Vient ensuite l'étude du mode de formation des glomérules et des canalicules et de leurs connexions avec l'épithélium pleuro-péritonéal. Pour ce qui concerne la lumière des canalicules, il est à remarquer qu'elle n'existe pas dès le début, par suite elle ne représente pas le vestige d'une cavité préexistante. Il est probable que son apparition résulte de la disjonction des cellules, agencées primitivement en un cylindre plein, et refoulées ensuite radiairement autour d'un centre commun par suite de la sécrétion d'un liquide A. NICOLAS.

Ueber die Form der Gelenkflächen (Sur la forme des surfaces articulaires), par R. FICK (*Archiv für Anat. und Phys., Anat. Abth.*, 1890).

R. Fick cherche à montrer que, conformément aux vues de L. Fick, les surfaces articulaires se façonnent et se polissent par le mouvement des parties l'une sur l'autre, et que, selon la loi de Henke, la surface articulaire tout près de laquelle se font les insertions musculaires devient concave, tandis que celle qui est plus éloignée des attaches des muscles prend la forme d'une tête articulaire. L'auteur produit expérimentalement ce résultat, en remplaçant les os par des cylindres de plâtre dont il polit les extrémités en contact, en les mouvant l'une sur l'autre. Ainsi la forme des surfaces articulaires n'est pas due à une différenciation spontanée des extrémités articulaires des os, mais obéit à des lois purement mécaniques. C'est une forme utile et nécessaire, par conséquent propre à être transmise héréditairement par sélection naturelle. A. PRENANT.

I. — Sur la kératinisation du poil et les altérations des follicules causées par l'épilation, par S. GIOVANNINI (*Arch. de biologie*, X, 4, p. 609, 1890).

II. — De la régénération des poils après l'épilation, par S. GIOVANNINI (*Arch. f. mik. Anat. Band XXXVI*, 1, p. 528, 1890).

I. — Après l'arrachement du cheveu, le follicule et ce qui reste au dedans est sujet à une série d'altérations atrophiques dont la succession ne se produit pas toujours régulièrement, et qui peuvent être résumées de la manière suivante :

1° La paroi folliculaire se rétrécit lentement du bas vers le haut, et la couche anhiste s'épaissit proportionnellement sur la portion du follicule enfoncée dans le tissu sous-cutané; il en résulte la disparition complète de la cavité folliculaire (portion atrésique du follicule en atrophie).

2° La papille diminue un peu de volume, tandis que la couche anhiste s'y développe (couche anhiste de la papille). Pendant que se produit l'atrésie de la portion de follicule ci-dessus indiquée, la papille est peu à peu poussée vers le haut, à peu près jusqu'à la limite inférieure du derme, et, en même temps, se forme au-dessous d'elle un pédoncule de tissu conjonctif contenant des vaisseaux (pédoncule papillaire).

3° Dans la partie intradermique du follicule, le rétrécissement avance plus vite en bas et en haut qu'au milieu; c'est pourquoi la cavité se

maintient relativement plus large dans cette portion intermédiaire du follicule. Dans les follicules où se distribuent des muscles érecteurs, cette portion plus large s'accroît surtout du côté de l'insertion de ceux-ci dans le follicule.

4° Quant au contenu du follicule, dans les cellules de la matrice du poil et de celle de la gaine radiculaire interne épargnées par l'épilation, la karyokinèse disparaît au bout de quelques jours. Plus tard, dans les cellules épithéliales restées à l'intérieur du follicule, les noyaux en karyokinèse diminuent également peu à peu, jusqu'à disparaître complètement, ou à être réduits à quelques-uns seulement.

5° Par suite d'une désunion plus ou moins rapide subie par les cellules épithéliales contenues dans le follicule, toute trace du vide laissé par l'extraction de la racine du poil disparaît tout d'abord ; puis toute distinction entre les cellules de la gaine radiculaire externe et les cellules non kératinisées de la gaine radiculaire interne disparaît également, les unes et les autres finissant par prendre un aspect uniforme.

6° Les portions de la racine du poil et de sa gaine interne en voie de kératinisation, ou déjà kératinisées, restées dans le follicule, sont destinées à disparaître. Les granulations pigmentaires, détachées des cellules de la racine du poil, résistent plus longtemps et se réunissent assez souvent en amas plus ou moins considérables.

II. — La régénération du cheveu commence au bout d'un temps qui varie entre 41 et 72 jours après l'épilation. Elle s'opère par karyokinèse des cellules épithéliales restées à l'intérieur du follicule atrophié. A une première période de la régénération (période prégerminale), la karyokinèse se trouve, sur une certaine extension, au-dessus de l'ancienne papille. A une seconde période, la karyokinèse se montre particulièrement active à proximité de la papille, et les cellules de néoformation commencent à se disposer en couches sur la surface papillaire (premier rudiment du germe pileux). Lorsque les cellules de néoformation ont donné lieu à un certain nombre de ces couches, elles s'élèvent du milieu de celles-ci de manière à former une espèce de prolongement acuminé qui présente, à peine indiquée, la forme du collet et de la tige du poil adulte (germe pileux). Tandis que le germe se développe, sa couche la plus externe de cellules tend à se kératiniser de haut en bas. A un certain degré de développement du germe, s'ébauchent à son intérieur, d'abord le collet et ensuite la tige du poil ; en même temps on voit se délimiter le manteau de la cuticule de la gaine radiculaire interne et le manteau de la couche de Huxley. Pendant que le poil se trouve dans ses premières phases de développement, sa tige passe au stade de simple kératinisation, tandis que son collet présente successivement formées la *zona viridis*, la *zona fusca* et la *zona lucida* ; en même temps se complètent, d'abord la kératinisation du manteau de la couche de Henle, et ensuite celle des deux autres manteaux de la gaine radiculaire interne. La tige du poil commence à passer au stade de précorticalisation pendant qu'elle se trouve encore renfermée dans la portion kératinisée du manteau de la gaine radiculaire interne ; mais dès que sa transformation en substance corticale est accomplie, elle perce ladite portion kératinisée et se fait jour à l'intérieur du follicule. A ce point le poil et sa gaine radiculaire interne sont déjà formés. Mais tandis que la première de ces parties continue à croître

librement vers l'extérieur, la seconde, après avoir atteint une certaine hauteur, s'arrête dans son développement.

Bien que l'apparition de cellules migratrices pigmentaires parmi les cellules épithéliales contenues dans le follicule soit contemporaine du réveil de la karyokinèse dans ces dernières, toutefois c'est seulement quand le poil nouveau se trouve déjà accru à l'extérieur de la peau, que commence la distribution régulière du pigment à son intérieur. Ensuite lorsque le poil se trouve déjà notablement grossi, ses cellules les plus centrales n'atteignant que tardivement et d'une manière incomplète le degré de keratinisation, aussi bien que celui de précorticalisation, donnent lieu à la formation de la moelle. Dans la matrice du germe pileux et dans celle du poil proprement dit et de sa gaine radiculaire interne, le nombre des mitoses s'accroît à peu près en raison du degré de développement de ces parties. Pendant que le germe pileux et le poil croissent entre les cellules épithéliales contenues dans le follicule, ils réveillent autour d'eux une active karyokinèse, d'où résulte la formation de la nouvelle gaine radiculaire interne. A mesure que le poil croît, a lieu, sur l'ancienne papille, le développement, en couches, du tissu conjonctif qui forme la papille nouvelle. Tandis que le poil et les gaines radiculaires correspondantes se développent, la paroi du follicule se revêt d'une nouvelle couche conjonctive circulaire. C'est seulement lorsque cette couche a atteint un certain degré de développement qu'apparaît à son intérieur la couche anhiste.

A. NICOLAS.

PHYSIOLOGIE.

Ueber Störungen der kompensatorischen und spontanen Bewegungen nach Verletzung des Grosshirns (Perturbations des mouvements spontanés et des mouvements de compensation après lésion du cerveau), par A. v. KORANYI et Jacques LÖEB (*Archiv für die gesamte Physiol.*, XLVIII, p. 423).

La rotation imprimée à un lapin fixé sur un support horizontal mobile autour d'un axe vertical, produit des oscillations nystagmiques des yeux : le nystagmus étant, pendant la rotation, opposé au sens même de cette rotation, et après que celle-ci est terminée, étant de même sens (nystagmus secondaire). Les auteurs constatent qu'une lésion de l'hémisphère gauche peut troubler, chez le lapin, les mouvements de compensation provoqués par l'appareil de la rotation, de telle manière que le nystagmus secondaire, après rotation droite de l'appareil, est constitué par des oscillations plus nombreuses qu'après la rotation à gauche. DASTRE.

Du rythme musculaire dans la contraction produite par l'irritation corticale, par N. WEDENSKI (*Archives de physiologie*, p. 252, 1891).

L'auteur a déjà assimilé la contraction naturelle à une contraction artificielle produite par un rythme d'excitation fréquent. Pour vérifier cette

conception, il provoque chez l'animal (chien) la contraction physiologique, image de la contraction volontaire, en irritant par le courant induit les régions dites motrices de la couche corticale. Il examine alors l'état des muscles excités dans le membre antérieur ou postérieur. Cet examen est fait au moyen du téléphone relié à deux aiguilles qui traversent le muscle; on entend ainsi, en réalité, les oscillations électriques du muscle qui sont la traduction de ses vibrations mécaniques ou secousses.

On peut faire varier le nombre des irritations induites appliquées au cerveau, depuis 2 à 250 par seconde, en variant au moyen d'un interrupteur le nombre des interruptions du courant de la pile inductrice. On constate d'abord que le rythme de la contraction du muscle ne correspond jamais à la fréquence de l'excitation corticale. Le seuil de l'excitation (distance minima ou intensité minima produisant effet) s'éloigne à mesure que le nombre des excitations augmente. C'est-à-dire que les excitations cérébrales s'ajoutent, se somment, lorsqu'elles sont rapprochées. Avec le nerf musculaire, on sait que les choses se passent autrement: il y a interférence plutôt que sommation des irritations: le seuil ne bouge pas ou se rapproche. Au point de vue de la durée de l'excitation, la couche corticale se comporte encore autrement que le nerf moteur; le son téléphonique s'élève du commencement à la fin, tandis que c'est l'inverse lorsque l'on excite le nerf. Au point de vue de la force de l'excitation, le résultat est le même dans les deux cas: le son téléphonique (nombre des variations électriques ou secousses) s'élève avec l'intensité croissante de l'excitation.

En résumé, le rythme du muscle dans la contraction naturelle n'est pas celui des centres nerveux. Le rythme de la contraction musculaire normale doit être cherché dans les propriétés de l'appareil périphérique. Ce rythme musculaire, d'ailleurs, est loin d'être aussi simple et aussi uniforme qu'on l'admet généralement.

DASTRE.

Zur Frage des Gehirndruckes (Contribution à la connaissance de la pression cérébrale), par N. CYBULSKI (*Centralblatt für Physiologie*, IV, p. 834, 1891).

1° La pression intracrânienne est positive, dépend de la circulation du sang et a varié chez le chien entre 72 et 190 millimètres d'eau; 2° la pression intracrânienne, c'est-à-dire du liquide cérébro-spinal peut s'élever notablement par suite d'une diminution de la cavité produite par une hémorragie à l'intérieur de la dure-mère; 3° si l'on introduit une solution de NaCl ou d'huile dans la cavité crânienne au-dessous de la dure-mère, ou si l'on comprime la dure-mère au moyen de liquide entre les os et sa surface extérieure, on provoquera les symptômes de la compression cérébrale: ralentissement du pouls, accroissement de la pression artérielle, accélération, puis ralentissement et arrêt de la respiration; perte de connaissance; mort dans le coma et le tétanos; 4° il y a un ralentissement immédiat de la vitesse du sang dans la carotide, dès que la pression intracrânienne s'élève; il s'arrête quand cette pression devient plus grande que celle de la carotide; 5° l'accroissement de pression intracrânienne produit l'anémie cérébrale; les symptômes sont précisément ceux de la compression; 6° les effets précurseurs de l'in-

jection de divers sels dans les vaisseaux cérébraux observés par Adamkiewicz ne sont que des phénomènes de pression intracrânienne; 7° l'introduction d'une tige de laminaria dans le cerveau du lapin produit des troubles circulatoires, des extravasations sanguines qui entraînent tôt ou tard la mort de l'animal, et cela avant que la pression crânienne générale ait pu s'élever notablement. L'auteur considère comme erronée l'assertion d'Adamkiewicz que l'on pourrait réduire la capacité crânienne de $\frac{1}{4}$ ou $\frac{1}{6}$ de sa valeur.

DASTRE.

Ueber das Brechcentrum... (Sur le centre du vomissement et sur l'action de quelques médicaments), par Laz. J. THUMAS (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIII, 1).

Pour déterminer le siège du centre de vomissement, Thumas pratiqua diverses sections horizontales sur le bulbe du chat et du chien. Il trouva ainsi que le centre du vomissement est situé dans le bulbe, derrière une ligne transversale passant par le milieu du plancher du quatrième ventricule. En touchant avec un pinceau trempé dans du chlorhydrate d'apomorphine, l'angle postérieur du plancher du quatrième ventricule, Thumas provoqua des vomissements très énergiques se répétant diverses fois dans l'espace d'une minute à une minute et demie.

D'autres expériences montrèrent que le centre du vomissement n'est pas identique au centre respiratoire. Par une série de sections pratiquées dans le voisinage du calamus scriptorius, Thumas établit que l'appareil central du vomissement siège dans une région longue de 5 millimètres, large de 2 millimètres, située en avant et en arrière du calamus scriptorius et occupant les couches profondes du bulbe. Si l'on détruit cette région sur un chien, qu'on injecte des doses variables d'apomorphine ou de tartre stibié sous la peau ou qu'on électrise le bout central du pneumogastrique, on n'arrive pas à provoquer le vomissement. Ajoutons que le rythme respiratoire est renforcé, bien qu'il n'y ait pas de vomissement. Ceci montre que le centre du vomissement a une indépendance fonctionnelle et anatomique. En humectant avec un pinceau trempé dans une solution d'apomorphine la région précitée, on produit rapidement le vomissement.

Afin de déterminer l'influence de quelques vomitifs sur ce centre, Thumas appliqua avec le pinceau sur la région précitée les solutions suivantes : l'apomorphine, le tartre stibié, l'émétine, le sulfate de zinc et le sulfate de cuivre. De ces médicaments il n'y a que l'apomorphine et l'émétine qui provoquent par ce procédé le vomissement. Les autres solutions n'ont que peu d'action sur le centre des vomissements et elles exercent une influence telle sur le système nerveux qu'une application ultérieure d'apomorphine reste sans résultat au point de vue du vomissement.

ÉD. RETTERER.

Action of various poisons upon nerve fibres and peripheral nerve cells (Action de divers poisons sur les fibres nerveuses et sur les cellules nerveuses périphériques), par J. N. LANGLEY et W. L. DICKINSON (*The Journal of Physiology*, XI. Supplément, p. 509).

On isole le ganglion cervical supérieur. On fait agir sur lui la solution

du poison et on observe les effets de l'excitation du cordon cervical en amont sur l'œil et sur l'oreille. Il y a des poisons qui ne paralysent point les fibres nerveuses ni les cellules périphériques : ce sont l'atropine, hyoscine, éserine, muscarine, pilocarpine, picrotoxine, caféine, antipyrine. Il y en a dont l'application locale annule plus ou moins rapidement l'irritabilité des fibres nerveuses, tandis qu'injectées elles agissent peu ou point; tels sont : la codéine, l'apomorphine, l'aconitine, la cocaïne. Dans un troisième groupe se placent les substances dont l'injection dans le sang détermine une paralysie plus ou moins complète du ganglion cervical supérieur; telles la conine, curarine, brucine, strychnine. On note incidemment pour ces derniers, que les cellules dilatatrices de la pupille sont paralysées plus rapidement que les cellules vaso-motrices.

DASTRE.

The innervation of the pelvic viscera, par J. N. LANGLEY (*Proceedings of the Physiological Society. The Journal of Physiology*, XII, p. 97, 1891).

L'auteur a étudié les effets de l'excitation des nerfs sacrés et lombaires chez le lapin, sur l'intestin, le rectum, la vessie, l'utérus, le vagin.

Différents observateurs ont prétendu que les nerfs sacrés produisaient la contraction des muscles longitudinaux et l'inhibition des muscles circulaires, et que le sympathique produisait les actions inverses. Le vague et le splanchnique agiraient sur l'intestin grêle comme les nerfs sacrés et sympathiques sur les viscères pelviens. L'auteur contredit ces vues. Le vague fait contracter les deux tuniques intestinales; les splanchniques produisent tantôt la contraction, tantôt l'inhibition. Les rameaux qui vont de la chaîne sympathique lombaire aux ganglions mésentériques inférieurs correspondant aux rameaux des splanchniques, ils exercent une action inhibitoire et vaso-constrictive. Les filets sacrés auraient sur l'extrémité inférieure de l'intestin la même action constrictive que le vague exerce sur les parties supérieures.

DASTRE.

Note on the time relations of stimulation of the optic lobes of the frog (Relations chronologiques de l'excitation des lobes optiques de la grenouille), par W. H. WILSON (*The Journal of Physiology*, XI, p. 504).

Exner a montré qu'en excitant le cerveau de la grenouille, il s'écoulait cinq centièmes de seconde entre l'excitation et la réponse musculaire. Le temps perdu entre le nerf sciatique et le muscle a été de quinze millièmes de seconde : il est de dix-sept millièmes en plus lorsque l'on excite la moelle. Les deux cinquièmes du temps perdu le sont dans le cerveau. Ces expériences sont reprises par l'auteur dans de meilleures conditions, en agissant sur les lobes optiques après l'ablation des hémisphères, ce qui détermine des contractions tout à fait régulières. Il retrouve pour le temps perdu des lobes optiques comme pour celui des hémisphères le chiffre de deux centièmes de seconde. Ce temps perdu et la forme de la courbe musculaire sont les mêmes que lorsqu'on excite la zone corticale chez un mammifère, ce qui rend vraisemblable l'hypothèse que dans les deux cas les connexions entre les cellules et les fibres motrices sont identiques. La stimulation des couches optiques a quelquefois produit l'inhibition du cœur.

DASTRE.

Physiology of the communication branch between the superior and the inferior laryngeal nerves, par W. H. HOWELL et G. C. HUBER (*The Journal of Physiology*, XII, p. 5, 1891).

Henle, Cruveilhier, Quain, ont décrit la branche de communication entre les nerfs laryngés supérieur et inférieur chez l'homme : elle est grêle et variable. On l'a retrouvée chez le chien, le chat, le lapin. Elle existe probablement chez les autres mammifères. Chez le chien, c'est un rameau volumineux qui abandonne le laryngé supérieur au moment où il perce la membrane thyro-hyoïdienne et va, en passant sous l'aile du cartilage thyroïde, rejoindre le laryngé inférieur au niveau de la partie inférieure du larynx. On a cru d'abord y trouver le dépresseur, c'est-à-dire des fibres afférentes cardiaques qui, au lieu de cheminer par la vague auraient pris la voie du laryngé inférieur. C'était une erreur. On peut assez facilement isoler le nerf, le couper, exciter le bout central. On observe une élévation de la pression sanguine et une inhibition partielle ou totale des mouvements respiratoires en expiration passive. Cette inhibition est temporaire, exactement comme lorsque l'on excite le laryngé supérieur. La branche de communication contient donc des filets centripètes ou sensitifs. Elle peut être considérée, au moins chez le chien, comme une branche sensitive du laryngé supérieur, distribuée à la trachée et à l'œsophage, bien que dans une partie de son trajet elle semble confondue avec le laryngé inférieur. Philippeaux et Vulpian (1869), ayant sectionné le laryngé inférieur au milieu du cou n'ont point trouvé dans la branche communicante une seule fibre dégénérée après une vingtaine de jours. Les présents auteurs n'ont observé ni atrophie, ni modification pathologiques de la muqueuse trachéale. La section d'un nerf sensitif entraîne ordinairement des troubles trophiques, soit qu'elle intéresse en même temps des fibres trophiques, soit que la perte de sensibilité devienne par elle-même l'occasion de lésions graves. Ici la section d'un nerf réellement sensitif et distribué à des parties bien protégées n'entraîne aucun trouble trophique. La disposition anatomique est la même chez le chat. Elle est différente chez le lapin. L'excitation du bout périphérique du récurrent, de même que la stimulation de la branche communicante n'ont pas d'effet sur les mouvements respiratoires : l'excitation du bout central du récurrent produit au contraire une altération ou inhibitoire ou accélératrice. Les fibres de la trachée ne passent point dans la branche communicante. Chez le chien et le chat ces fibres passent toutes dans la branche communicante, tandis que Rosenthal les cherchant dans le récurrent, avait été amené à nier leur existence, parce que la stimulation du bout central du récurrent coupé n'affectait pas la respiration.

DASTRE.

Contribution clinique à la physiologie du ganglion ophtalmique, par QUERCUGHI (*Arch. d'ophtalm.*, XI, n° 3, p. 242).

Sur deux malades qui, à la suite de traumatisme, avaient présenté des épanchements sanguins, on a observé des phénomènes particuliers paraissant se rattacher à une lésion du ganglion ophtalmique : paralysie complète de l'accommodation, dilatation de la pupille et immobilité lorsque l'œil congénère est soustrait à l'influence de la lumière, hypo-

esthésie particulière de la cornée. De l'étude attentive de ces faits cliniques il paraît résulter : 1° par le ganglion ophtalmique passent les fibres nerveuses, ou pour mieux dire, l'excitation qui va au muscle de l'accommodation; 2° le ganglion est traversé par les fibres nerveuses constrictives pupillaires qui obéissent aux réflexes du même œil; 3° il préside à une partie de la sensibilité de la cornée; 4° les fibres nerveuses qui obéissent au réflexe lumineux de l'œil opposé et aux mouvements de convergence, viennent directement des centres nerveux, probablement par les nerfs ciliaires longs.

F. DE LAPERSONNE.

I. Contribution à l'étude de la partie cervicale du grand sympathique envisagée comme nerf sécrétoire.

II. — Des rapports fonctionnels du cordon sympathique cervical avec l'épiderme et les glandes.

III. — Nouvelle contribution à l'étude de la partie cervicale du grand sympathique, envisagée comme nerf sécrétoire chez les animaux solipèdes, par S. ARLOING (*Archives de physiologie*, p. 1, 1890; p. 160 et 241, 1891).

Voici les conclusions de ces trois mémoires : — I. 1° Le cordon cervical du sympathique transporte des filets excito- et fréno-sécrétoires destinés aux glandes du mufle et à la glande lacrymale chez le bœuf et la chèvre; 2° les filets excito-sécrétoires destinés au mufle se rendent dans des points faciles à déterminer et proportionnellement peu étendus, tandis que les filets frénateurs se terminent un peu partout dans la moitié correspondante; 3° les filets fréno-sécrétoires destinés à la glande lacrymale paraissent beaucoup plus nombreux que les filets excitateurs; il est impossible de délimiter le domaine de ces derniers du domaine des filets qui ont une autre origine; 4° les filets excito-sécrétoires fournis par le cordon cervical ne paraissent pas s'entre-croiser sur la ligne médiane du mufle; 5° l'action de la pilocarpine sur les glandes du mufle subsiste après la perte de l'excitabilité des fibres excito-sécrétoires dans le sympathique cervical.

II. — 1° Le cordon cervical du sympathique, chez le chien et chez le bœuf, renferme des nerfs vasculaires, des nerfs glandulaires excito-sécrétoires et fréno-sécrétoires et des nerfs trophiques; 2° les nerfs trophiques exercent leur influence sur l'épithélium de revêtement et sur l'épithélium glandulaire du mufle chez le bœuf; sur l'épithélium de revêtement chez le chien; 3° les nerfs trophiques régissent à la fois les phénomènes d'exhalation et d'évolution qui se passent dans l'épithélium du mufle, sur le chien; 4° ces nerfs n'excluent pas la présence des nerfs glandulaires dans les organes de sécrétion différenciés; 5° la sécrétion spontanée est néanmoins amoindrie par leur suppression; 6° leur action est indépendante de celle des nerfs vasculaires et glandulaires; 7° celle-ci règle l'évolution de l'épiderme; 8° si on la supprime, on observe soit une exagération du processus de kératinisation, soit un ralentissement de la déquamation.

III. — 1° Le cordon cervical du sympathique, chez les animaux solipèdes, comme chez le bœuf, apporte aux nerfs qui se rendent à la glande lacrymale des fibres modératrices ou fréno-sécrétoires; 2° sous l'influence de la section du sympathique, l'évolution et la mue épithéliales, et l'éjection des

produits sécrétés sont beaucoup accrues dans les grands follicules sébacés de la face interne de l'oreille ; 3° l'excitation du sympathique est capable de produire l'hypersécrétion sébacée sans le concours des vaso-dilatateurs. Le cordon cervical contient des fibres excito-sécrétoires pour les glandes sébacées ; 4° le même cordon contient aussi des fibres fréno-sécrétoires qui expliquent l'abondance de la sécrétion sébacée après la section du cordon ; 5° outre les fibres excito-sudorales démontrées par Luchsinger dans le cordon cervical, il y aurait aussi des fibres fréno-sudorales dont l'existence serait prouvée par ce fait, qu'après section du sympathique, la pilocarpine excite la sécrétion sudorale à la base de l'oreille.

DASTRE.

Ueber Sensomobilität, par Sigm. EXNER (*Archiv für die gesammte Physiol.*, XLVIII, p. 592).

L'auteur désigne par le nom de senso-mobilité la capacité motrice, en tant qu'elle est en relation avec les impressions sensibles. Cette influence des impressions sensorielles sur les mouvements dépend de processus dans le système nerveux central, dans les régions de l'écorce et dans les régions sous-jacentes. Le degré le plus inférieur est offert par les véritables réflexes (par exemple, de l'intestin) dont le sujet n'a pas conscience ; d'autres fois il y a perception du courant centripète et de la réaction qu'il a déterminée. On arrive ainsi à la régulation subcorticale de la motricité. Celle-ci arrive à mettre en jeu l'attention, et cette dernière détermine l'existence temporaire d'un appareil réflexe sub-cortical.

Enfin, le mouvement conscient provoque des impressions conscientes qui sont utilisées pour l'exécution correcte des mouvements conscients, et aboutissent ainsi à une régulation corticale. Les troubles de la sensibilité provoquent des troubles de la motilité.

DASTRE.

On the physiological mechanism of the phenomenon termed « Tendon Reflex » (Mécanisme physiologique du phénomène appelé « réflexe tendineux »), par Augustus WALLER (*The Journal of Physiology*, XI, p. 384).

On a comparé le temps perdu du réflexe tendineux au temps perdu des contractions directes ou réflexes : les temps perdus de ces réflexes aux différentes distances de la moelle. Les observations cliniques, les expériences de sections des nerfs et des racines, de destruction de la moelle, de tonus musculaire, de réflexes tendineux croisés, tout cela a abouti à des conclusions contradictoires : 1° le phénomène tendineux est un réflexe ; 2° c'est une contraction musculaire directe ; 3° c'est une contraction musculaire directe qui exige l'intégrité de l'arc nerveux. La nécessité de l'intégrité de l'arc nerveux ne fait point de doute : elle est démontrée par la pathologie et la physiologie. Cela posé, les mesures de temps ont montré que le temps perdu était beaucoup plus court que celui qui est nécessaire pour le développement de l'action réflexe. L'auteur se rattache donc à la troisième hypothèse. Il constate enfin que si la section du nerf fait disparaître le phénomène tendineux, sa régénération ne le fait point réparaître.

DASTRE.

Du rythme musculaire dans la contraction normale, par N. WEDENSKI (*Archives de physiologie*, p. 58, 1891).

D'après les travaux d'Helmholtz, on voit un peu arbitrairement dans le rythme du muscle qui se contracte sous l'influence des centres nerveux la reproduction du rythme même des impulsions centrales, transmises fidèlement par le nerf et isolément.

1° Le muscle répond-il toujours aux excitations qu'il reçoit fréquentes par un nombre égal de secousses? Non. Le son du muscle ne reproduit pas nécessairement le nombre des vibrations du courant exciteur tétanisant. Les muscles de grenouille cessent de donner le *son correspondant* aux excitations de l'appareil lorsque celles-ci s'approchent de 200 par seconde. — Puis, le muscle contracté répond aux excitations plus fréquentes par des vibrations ou secousses régulières, mais moins nombreuses, formant un son musculaire qui n'est plus *correspondant*, qui est un *son transformé*. Enfin, au delà, les vibrations du muscle deviennent irrégulières. On a un *bruit*.

La propriété du muscle de répondre à l'irritation par des *sons correspondants* ou par des *sons transformés* dépend du nombre des excitations et, à égalité de nombre, de la nature du muscle, de la fatigue, de l'intensité de l'excitant électrique. L'auteur observait un muscle tendu ou non, dans lequel deux épingles implantées dérivait les vibrations dans un téléphone, c'est-à-dire que les vibrations musculaires produisaient des oscillations électriques qui, dans le téléphone, donnaient à la plaque des vibrations de même nombre, c'est-à-dire un son. L'auteur observe donc les phénomènes électriques de la vibration musculaire, tandis qu'Helmholtz en observait les phénomènes mécaniques. — En résumé, la règle d'Helmholtz (corrélation entre le rythme exciteur et le rythme musculaire) n'est exacte que dans des limites restreintes, c'est-à-dire au-dessous d'une certaine fréquence et au-dessus d'une certaine intensité de l'excitant.

2° Le rythme du muscle ne répond pas à celui du nerf qui l'excite. D'après le rythme vibratoire du muscle actif, on ne peut pas toujours conclure exactement à celui du tronc nerveux qui met le muscle en activité.

3° La contraction provoquée par une irritation de grande fréquence est analogue à la contraction naturelle.

DASTRE.

Voluntary and reflexe muscular contraction, par J. B. HAYCRAFT (*The Journal of Physiology*, XI, p. 352, 1890).

L'auteur rappelle l'histoire de la question : l'observation du son musculaire par Wollaston en 1810, puis par Paul Erman en 1812, et par Samuel Haughton en 1863; enfin les importants travaux de Helmholtz depuis 1865, d'où il résultait que le son musculaire était un élément d'information infidèle et qu'il fallait y substituer l'emploi des ressorts vibrants. Loven a employé l'électromètre de Lippmann et trouvé des oscillations périodiques de 8 par seconde pendant la contraction volontaire. Kroecker et Stanley Hall (1879) ont employé des leviers très sensibles; Schäfer et Von Kries (1886), le tambour de Marey. En somme, le nombre de vibrations a été trouvé variable de 8 à 20. L'auteur reprend les expériences en se servant du cardiographe ou de leviers inscripteurs direc-

tement attachés au muscle. Il signale d'abord un défaut de coordination dans l'activité des différentes parties du muscle, lequel n'est pas une unité physiologique. Il fait remarquer que les courbes de Horsley, Schäfer et Von Kries sont dues en partie à l'inertie des instruments employés. Pendant les mouvements volontaires ou réflexes, les muscles présentent des mouvements localisés dans les différents faisceaux dus à des décharges irrégulières du système nerveux central ou à l'excitabilité variable des différentes fibres ou des différents faisceaux. Ces contractions qui ne sont point rythmiques varient cependant dans leur nombre autour de 19,5 par seconde. Le son musculaire résulte de la combinaison de ces mouvements avec les vibrations de la membrane du tympan. En excitant les tractus moteurs de la moelle et la base du cerveau avec des décharges rapides d'induction, le muscle répond à chaque excitation. En excitant les zones corticales avec des courants électriques interrompus, les muscles répondent avec le rythme du son musculaire et non avec un rythme correspondant à l'interruption électrique. DASTRE.

I. — Beiträge zur Lehre von den Kohlensäureverbindungen des Blutes (Contributions à la connaissance des combinaisons du sang avec l'acide carbonique), par Ch. BOHR (*Skandinavisches Archiv für Physiologie*, III, p. 47, 1891).

II. — Ueber die Verbindung des Hämoglobins mit Sauerstoff (Sur la combinaison de l'hémoglobine avec l'oxygène), par Ch. BOHR (*Skandinavisches Archiv für Physiol.*, III, p. 76).

III. — Der Sauerstoffgehalt der Oxyhämoglobinkrystalle (Sur la teneur en oxygène des cristaux d'oxyhémoglobine), par Ch. BOHR et S. TORUP (*Skandinavisches Archiv für Physiologie*, III, p. 69, 1891).

IV. — Ueber den specifischen Sauerstoffgehalt des Blutes (Sur la teneur spécifique du sang en oxygène), par Ch. BOHR (*Skandinavisches Archiv für Physiologie*, III, p. 101, 1891).

I. — L'auteur a montré précédemment que les échanges pulmonaires n'étaient pas réglés seulement par les conditions physico-chimiques des combinaisons gazeuses du sang, mais par des conditions intérieures dues au travail des cellules. Néanmoins l'étude physico-chimique de la question offre un réel intérêt, puisqu'en faisant connaître les conditions extérieures du phénomène, elle permet de juger l'importance des conditions vitales. L'acide carbonique se combine dans le sang avec les globulines, l'hémoglobine et les carbonates. L'auteur étudie ces deux dernières espèces de combinaisons. Dans un premier chapitre il s'occupe des combinaisons de l'acide carbonique pur avec l'hémoglobine. Il trouve que l'hémoglobine présente des variétés, de telle sorte que dans les mêmes conditions extérieures elle peut absorber des quantités d'acide carbonique qui sont entre elles comme les nombres 1 : 2 : 4 et former les trois carbo-hémoglobines β . γ . δ . Les deux conditions qui interviennent pour la formation de ces produits divers sont : la durée plus ou moins grande de conservation de l'hémoglobine réduite et l'action plus ou moins prolongée de l'acide carbonique ; en général ce sont des changements presque insignifiants dans les conditions extérieures qui président à cette diversité de combinaisons. On étudie ensuite la dissociation

de ces composés. Il n'y a point, pas plus pour les carbo-hémoglobines que pour l'oxyhémoglobine de limite de dissociation à une température donnée, c'est-à-dire, de pression sous laquelle, à cette température, la substance dissociable laisse dégager tout son gaz. Si la combinaison carbo-hémoglobine n'est pas soumise à une pression voisine de zéro, les quantités d'acide carbonique absorbées ou dégagées par elle sont indépendantes de la température.

Dans un second chapitre, l'auteur étudie les combinaisons de l'hémoglobine simultanément avec l'oxygène et l'acide carbonique. Les analyses ont établi que la quantité d'acide carbonique fixée par l'hémoglobine n'est pas influencée par la présence de l'oxygène ; elle est la même que dans l'acide carbonique pur à la pression et à la température correspondantes. Quant à l'oxygène, en présence de CO_2 , il peut être absorbé comme à l'état pur ; mais, en général, il est absorbé en proportions moindres qu'à l'état pur. La carbo-hémoglobine peut se trouver tout aussi bien dans le sang artériel presque saturé d'oxygène que dans le sang veineux. Dans un troisième chapitre, se trouve traitée la question de la dissociation du bicarbonate de soude. Le sang renferme toujours des bicarbonates alcalins. L'expérience directe montre que la dissociation se fait de la même manière à 20 et à 37°.

D'où les deux conclusions suivantes qui ont une réelle importance physiologique : 1° en tant que la tension de l'acide carbonique dans le sang ne tombe pas au-dessous de quelques millimètres, la simple dissociation du bicarbonate de soude ne joue aucun rôle dans les variations de la quantité d'acide carbonique contenue dans le sang ; 2° le bicarbonate de soude contenu dans le sang lui permet de renfermer des quantités considérables d'acide carbonique dissociable, même si la tension de ce gaz ne dépasse pas $\frac{1}{5}$ de millimètre.

DASTRE.

II. — L'auteur est arrivé de diverses manières à la conviction qu'il existe plusieurs variétés d'oxyhémoglobine, conservant des quantités variables d'oxygène à la pression de $\frac{1}{5}$ d'atmosphère qui est celle de l'oxygène dans l'air. Au lieu du chiffre 1.5 centimètre cube d'oxygène par gramme, on trouve : 0.4 variété α ; 0.75 variété β ; 1.5 variété γ ; 3 variété δ . Ces oxyhémoglobines ont d'ailleurs beaucoup de caractères communs. Les plus ordinaires sont la variété γ et ensuite β .

1° La variété γ a été très étudiée. on connaît exactement son spectre, sa quantité d'oxygène 1.5, sa dissociation. A propos de ce dernier point, il y a trois notions à retenir, à savoir : que la courbe qui exprime la relation entre les pressions de l'oxygène et les quantités de gaz absorbé est une courbe régulière, concave vers l'axe des abscisses et s'infléchissant assez brusquement entre les pressions 10 millimètres et 0 ; en second lieu que l'oxyhémoglobine n'est pas saturée d'oxygène même sous les pressions les plus fortes sous lesquelles on a opéré ; il n'y a pas de limite réelle de saturation, il n'y a qu'une limite asymptotique ; enfin que la concentration exerce une influence en ce sens que l'absorption est plus grande quand la concentration est moindre.

L'auteur étudie de même la variété δ , puis avec beaucoup de détail, la variété β , par l'analyse spectrale, par l'analyse du fer, par la fixation du poids moléculaire, etc. ; enfin, la variété α ;

2° Dans le second chapitre, l'auteur se propose de savoir si l'oxyhémoglobine

globine γ , l'ordinaire, est un composé homogène ou un mélange de différentes hémoglobines. Il se demande d'abord si l'hémoglobine provenant de divers échantillons du sang de la même espèce d'animal est identique à elle-même. Il constate qu'il n'en est pas ainsi, et que tous les caractères peuvent varier sauf le caractère spectroscopique. Ce n'est pas un corps de composition constante. En second lieu, l'auteur recherche si l'on pourrait constater dans l'oxyhémoglobine ordinaire la présence de différentes oxyhémoglobines contenant des proportions différentes d'oxygène. La réponse est positive. Ainsi, en résumé : 1° on peut préparer plusieurs espèces d'hémoglobines qui, dans les mêmes conditions extérieures, absorbent une quantité d'oxygène différente, mais qui sont d'ailleurs voisines les unes des autres par leurs caractères chimiques ; 2° les cristaux d'hémoglobine extraits du sang par la méthode ordinaire ont une composition variable, même chez des animaux de la même espèce ; 3° on peut constater que l'hémoglobine ordinaire est un mélange de plusieurs hémoglobines qui absorbent chacune une quantité d'oxygène différente.

DASTRE.

III. — On admet généralement que l'hémoglobine absorbe par gramme 1.5 à 1.6 centimètre cube d'oxygène. Bohr a montré que cette quantité n'est pas si fixe qu'on le croyait et qu'elle dépendait du degré de concentration de la solution. Les deux auteurs ont d'abord pris des cristaux séchés. Ils préparent les cristaux du sang de chien, les séchent à la température ordinaire sous courant d'air, détachent la croûte mince et friable qu'ils forment ; ils la pulvérisent. La poudre renferme de 13 à 15 0/0 d'eau. On détermine au moyen de la pompe de Hagen la quantité d'oxygène qu'elle renferme. On note que les cristaux n'ont pas été transformés en méthémoglobine pendant ces manipulations. Il résulte des analyses que les cristaux d'oxyhémoglobine séchés à l'air renferment 0.33 à 0.40, en moyenne 0.37 centimètre cube d'oxygène, c'est-à-dire, le quart de ce que contiennent les solutions. Les solutions préparées avec les cristaux secs renferment des quantités variables entre 0.75 et 1.19 centimètre cube par gramme. Les solutions faites avec des cristaux humides contiennent davantage et des quantités presque fixes, 1.5 ; 1.6, etc. On peut se demander si l'hémoglobine n'a pas subi des changements allotropiques.

DASTRE.

IV. — Les propriétés que, dans ces mémoires précédents, l'auteur a constatées pour l'hémoglobine isolée pure, il les vérifie, dans celui-ci, sur le sang même.

Si l'on mesure ce que l'on appelle ordinairement la capacité respiratoire du sang et qu'on détermine d'autre part la quantité de matière colorante, on trouve que le rapport entre ces deux grandeurs n'est pas constant comme on l'admet généralement à tort. Ce rapport, ou teneur spécifique du sang en oxygène, varie chez les individus d'une même espèce. Il varie chez un individu donné par des influences diverses, et enfin dans le sang des diverses régions du corps extrait au même moment. Ces changements de la matière colorante jouent un rôle essentiel dans la respiration. La tension des gaz du sang dépend non seulement de la quantité de ces gaz, mais aussi de l'état momentané de sa matière colorante.

Telles sont les conclusions générales de ce travail, divisé en deux

chapitres. Dans le premier chapitre on montre qu'il n'y a pas de rapport constant entre la teneur en fer du sang et son absorption de la lumière, par conséquent pas d'accord entre les déterminations spectrophotométriques et les déterminations chimiques. Il faut renoncer à l'idée que la matière colorante du sang est constante quant à la quantité d'oxygène absorbé. Les différences constatées pour divers échantillons de sang dans le rapport de l'oxygène au fer, se retrouvent dans l'hémoglobine en cristaux retirée de ces échantillons. Une observation très importante de Torup restreint singulièrement l'importance que l'on était tenté d'accorder à la méthode spectrophotométrique. C'est que l'influence que peuvent avoir sur le spectre d'absorption la quantité et la nature, peut être très variable des sels alcalins contenus dans les divers échantillons de sang. La détermination du fer a beaucoup plus de valeur. Quand on parle de la teneur de l'oxyhémoglobine en oxygène, il faut entendre la quantité d'oxygène qui répond à 1 gramme de fer, cette quantité étant mesurée à la pression de 150 millimètres de mercure. La teneur spécifique du sang en oxygène dans le sang artériel normal est variable. Elle est plus faible dans le sang veineux de la partie inférieure de la veine cave que dans le sang artériel tiré simultanément chez le même individu. La saignée diminue la teneur spécifique en oxygène du sang artériel. Dans l'inhalation d'un air pauvre en oxygène, la teneur spécifique en oxygène diminue dans le sang artériel, tandis qu'elle se maintient constante dans le sang veineux. Pendant la suffocation, la teneur spécifique du sang en oxygène est augmentée. Dans l'empoisonnement par le curare, la différence entre le sang artériel et le sang veineux cave, au point de vue de la teneur spécifique en oxygène disparaît; le sang artériel et le sang veineux sont identiques sous ce rapport. Dans l'empoisonnement par la morphine, la teneur spécifique en oxygène du sang artériel augmente: les différences du sang artériel et du sang veineux sont du même ordre qu'à l'état normal. Dans l'empoisonnement par la cocaïne, la teneur spécifique en oxygène n'est que légèrement modifiée, en plus dans le sang artériel, en moins dans le sang veineux, ce qui exagère l'écart normal. L'absorption de la lumière est modifiée seulement dans le sang artériel. Dans l'empoisonnement pyocyannique, la teneur spécifique augmente dans le sang artériel, varie peu dans le sang veineux, d'où résulte que l'écart est plus grand qu'à l'état normal.

Le second chapitre est consacré au rapport entre la teneur spécifique en oxygène et les tensions de l'oxygène dans le sang. La tension dans un échantillon de sang croît lorsque la teneur spécifique en oxygène diminue. Les tensions de l'oxygène dans le sang, à une température donnée, ne dépendent pas seulement de la quantité d'oxygène fixée par gramme d'hémoglobine. Les tissus de l'organisme peuvent donner à la même quantité de gaz absorbée des tensions différentes. Les tensions de l'oxygène du sang ont un rôle dans l'échange respiratoire, rôle secondaire, mais certain; elles en ont certainement aussi sur les réactions chimiques qui ont lieu dans le sang même. Le plasma sanguin ne peut pas contenir de provision d'oxygène. La quantité contenue dans le plasma est proportionnelle à la pression de l'oxygène dans le sang. L'apport de l'oxygène aux cellules des tissus dépend de la quantité d'oxygène conservée dans le plasma, et celle-ci, de la quantité totale de

l'oxygène du sang, c'est-à-dire, de la consommation que les cellules font de ce gaz.

DASTRE.

Ueber die Zusammensetzung der Blutgase des Kaninchens bei der Temperaturerhöhung durch den Wärmestich (Composition des gaz du sang dans le cas d'hyperthermie), par G. WITTKOWSKY (*Archiv für exp. Pathol. u. Pharmacol.*, XXVIII, p. 283).

La teneur du sang artériel en acide carbonique pendant la fièvre, est diminuée. Parmi les explications du fait, il y en a une qui fait intervenir la température. De là la nécessité de fixer son influence. Or, les élévations thermiques provoquées par la piqûre du cerveau aussi bien que par le séjour dans l'étuve, n'exercent aucune influence sur la teneur du sang en acide carbonique, de telle sorte que l'alcalescence du sang reste normale. La légère diminution de CO_2 que l'on peut constater dans le dernier cas tient à l'augmentation de la fréquence respiratoire, c'est-à-dire à une ventilation plus complète.

DASTRE.

Mikroskopische Untersuchungen über Glykogenreaction im Blut (Recherches microscopiques sur la réaction du glycogène dans le sang, par G. GABRITSCHESKY (*Archiv für exp. Pathol. u. Pharmacol.*, XXVIII, p. 272).

La question de la présence du glycogène dans le sang n'est pas entièrement résolue. Sanson (1858), Figuier et Poggiale admettaient son passage après une alimentation riche en amylacés. O. Nasse (1866) a nié l'existence dans le sang d'aucune substance amylacée; Hoppe-Seyler et Woroschiloff (1881) n'ont pas pu en trouver. Le pus est riche en glycogène. En cherchant cette substance dans le sang leucémique, Salomon se serait convaincu qu'elle est en réalité un élément fréquent, peut-être normal du sang (1877), particulièrement contenu dans les globules blancs. Ce résultat a été confirmé par Frerichs. Reste à savoir comment varie la quantité de glycogène, et quelle en est la source.

Le glycogène du sang apparaît sous deux formes : comme glycogène intra-cellulaire dans les leucocytes neutrophiles à plusieurs noyaux et comme glycogène libre extra-cellulaire, produit de la destruction des leucocytes et souvent contenu dans leurs débris. La réaction de l'iode ne peut manifester dans le sang que le glycogène extra-cellulaire. Si le sucre du sang augmente (dans le diabète sucré, par exemple) du simple au double, de 2 à 4 pour 1,000, alors la réaction glycogénique se montre dans quelques globules blancs, et le glycogène extra-cellulaire est doublé ou triplé. Le glycogène est formé par les leucocytes aux dépens des hydrates de carbone (sucre) et des peptones du sang circulant.

DASTRE.

The influence of certain salts upon the act of clotting (Influence de certains sels sur le phénomène de la coagulation), par Sydney RINGER et H. SAINSBURY (*The Journal of Physiology*, XI, p. 359, 1891).

Les auteurs signalent les analogies entre la contraction et la rigidité musculaire et la coagulation du sang, résultant du dégagement de chaleur, du développement d'un acide, de l'apparition de l'acide carbonique. Or, des sels de potassium ajoutés au liquide circulant arrêtent ou rallen-

tissent les battements du cœur : des sels de chaux rétablissent l'activité de cet organe. Les sels de chaux sont cataboliques : les sels de potassium anaboliques. On en étudie l'effet en ajoutant à la même quantité de sang des proportions croissantes des différents sels, chlorures de calcium, strontium, baryum, potassium et sodium. Les expériences montrent l'action antagoniste de ces deux derniers, relativement aux trois précédents, dans l'acte de la coagulation. Elles ont été répétées avec les liquides de l'ascite et de la pleurésie. On a vu de plus que des liquides en putréfaction pouvaient encore coaguler. Mêmes résultats avec le lait. Hammarsten avait signalé l'action favorable du chlorure de calcium pour la coagulation du liquide de l'hydrocèle ; Green a admis que le calcium était essentiel à la coagulation du sang, et qu'il doit intervenir sous la forme de sulfate de chaux. Freund (1888), a pensé que la séparation du phosphate insoluble de chaux, élément constant de la fibrine, est la seule cause de la coagulation des liquides séreux. Latschenberger (1889) a attribué l'action aux sels de chaux, en général. Ces vues sont confirmées ici. On y ajoute que le strontium et le barium agissent comme le calcium, mais moins énergiquement. Les sels de potassium et de sodium agissent pour s'opposer à la coagulation : le potassium moins énergiquement que le sodium. Il y a antagonisme réciproque entre les sels alcalins et les sels alcalino-terreux.

DASTRE.

The action of salts upon heat coagulation (Action des sels sur la coagulation produite par la chaleur), par Sidney RINGER et H. SAINSBURY (*The Journal of Physiology*, XII, p. 170, 1891).

Les auteurs opèrent sur le sérum de mouton dilué dans deux volumes d'eau distillée. Le sérum contient la sérumbulbine et trois variétés de sérum albumine (α , β , γ , de Halliburton) dont la séparation est précisément fondée sur l'action des sels. Limbourg (1889), a vu que la température de coagulation d'une solution de protéide dépend des sels qui y sont mélangés : les globulines ayant aussi leur température de coagulation abaissée, tandis que les albumines l'auraient élevée. Les auteurs reprennent cette observation. Ils opèrent comparativement sur les sels alcalins et sur les sels alcalino-terreux. On constate que les sels de chaux favorisent la coagulation en abaissant la température où elle commence. Les chlorures de sodium et de potassium la favorisent aussi légèrement : mais ils s'opposent à l'action du chlorure de calcium. On ne connaît pas les changements que subit l'albumine quand elle est coagulée ; mais l'avis général est que la composition n'est point changée. Pour le fibrinogène le cas est différent, car sa coagulation par la chaleur, entraîne le déboulement (Hammarsten). L'action de la chaux consisterait à écarter un obstacle créé par l'excès d'alcali ou d'acide.

DASTRE.

On the conditions which determine the distribution of the coagulation following the intra-vascular injection of a solution of Wooldridge tissue fibrinogen, par A. E. WRIGHT (*The Journal of Physiology*, XII, p. 184).

Wooldridge (1886) injectant ce qu'il a appelé le fibrinogène des tissus, a annoncé ce fait remarquable qu'il se produirait une coagulation, une thrombose, seulement dans le domaine de la veine porte. Le sang

ainsi modifié rencontrait là quelque matière absorbée par l'intestin et qui favorisait la coagulation. L'auteur complète ces données et les réforme en montrant que la coagulation se produit encore dans le domaine de la veine porte chez un animal à jeun depuis sept à huit jours. En second lieu, la coagulation est universelle, au lieu d'être restreinte au système porte lorsque l'animal est rendu dyspnéique par la compression de la trachée. L'asphyxie est alors une condition de coagulabilité; de même le tétanos musculaire produit en excitant le sciatique. Une troisième condition, enfin, l'excitation de la rétine par la lumière concentrée sur l'œil, a produit la coagulation dans les vaisseaux rétinien. La condition commune paraît être l'existence d'un excès d'acide carbonique tenant à chacune de ces manœuvres. L'auteur pratique l'injection du fibrinogène de Wooldridge, constate la coagulation dans le domaine porte; puis il recueille le sang liquide des autres veines, lequel laisse déposer les globules et surnager le plasma. Le passage de l'acide carbonique dans ce plasma en détermine la coagulation immédiate, tandis qu'un échantillon témoin était encore liquide le lendemain. Ce serait donc l'excès de CO_2 de la veine porte qui serait la condition déterminante de la coagulation dans cette région. Chez le chat, l'injection de Wooldridge n'amène de coagulation nulle part, sauf le cas d'asphyxie et alors elle a lieu partout.

DASTRE.

On the effect of peptone on the clotting of blood and lymph, par L. E. SHORE
(*The Journal of Physiology*, XI. Supplément, p. 564).

Schmidt-Müllheim (1880) a découvert que si l'on injecte 3 à 6 grammes de peptone par kilogramme d'animal, chez le chien, le sang reste quelque temps sans se coaguler. Fano (1881) a montré que l'introduction rapide était une condition de succès. La lymphe, dans ce cas, ne coagule pas non plus. Le sang et la lymphe marcheraient de pair. Shore est arrivé à un résultat contraire: il a vu le sang se coaguler à la suite d'injection lente, tandis que la lymphe ne coagulait point. On sait que 20/0 de sels biliaires ajoutés au sang empêchent la coagulation, hors du corps; l'absorption de la bile seule ne produit point le même résultat. Il suffit d'injecter dans le sang une faible quantité de peptone pour que la lymphe reste fluide, tandis que le sang lui-même coagulera. La peptone ajoutée au sang hors du corps ne diminue pas son pouvoir de se coaguler, mais si la quantité de peptone est de 50/0, la coagulation est empêchée. La même chose arrive pour la lymphe. Le pouvoir de coagulation du sang et de la lymphe ne marchent pas parallèlement, de sorte qu'il ne serait pas exact de dire que la lymphe est due à une simple diffusion du sang à travers la paroi vasculaire. L'injection de peptone dans le sang accélère considérablement le cours de la lymphe dans le canal thoracique: elle augmente le pourcentage de protéides. Heidenhain pense que la formation de la lymphe est due à une véritable activité sécrétoire des cellules endothéliales. Les cellules endothéliales des capillaires sanguins sont si profondément altérées par les peptones, qu'elles laissent passer alors dans la lymphe des corpuscules rouges comme des corpuscules blancs. D'autres substances anticoagulantes comme l'extrait de sangsue (Haycraft) et l'extrait de muscles d'écrevisse (Heidenhain), agissent de

même sur la lymphe qui devient trouble et rougeâtre, et conséquemment, affectent de même les cellules épithéliales.

DASTRE.

Note on « Leech-Extrait » and its action on blood (Note sur l'extrait de sangsue et son action sur le sang), par W. L. DICKINSON (*The Journal of Physiology*, XI, Supplément, p. 566).

Il a été établi par Haycraft qu'un extrait aqueux de la partie antérieure de la sangsue médicinale, mêlé à du sang extrait de l'animal, ou injecté dans la circulation, retarde ou empêche la coagulation. La propriété subsiste après ébullition, après conservation du tissu dans l'alcool : il s'agit vraisemblablement d'une substance qui détruit le fibrine-ferment. L'auteur s'est proposé d'isoler ce principe actif et d'en étudier les propriétés. L'extrait contient un protéide qui a quelques rapports avec les albumoses. La saturation avec le sulfate d'ammoniaque donne un précipité qui entraîne tout le principe actif. Celui-ci est vraisemblablement de la nature des albumoses. Lorsqu'à la suite d'une injection le sang d'abord incoagulable a récupéré la faculté de coaguler, une nouvelle injection le rend de nouveau incoagulable. Les globules se déposent et si la quantité d'extrait est faible, la coagulation finit par se produire ; elle débute par la couche des globules. L'addition de fibrine-ferment en quantité suffisante finit toujours par provoquer la coagulation. L'auteur a vérifié l'action destructive de l'extrait sur le fibrine-ferment. La cellule globuline peut être privée de son pouvoir fibrino-plastique sans altération dans ses qualités physico-chimiques.

DASTRE.

The cause of the first sound of the heart (La cause du premier bruit du cœur), par J. B. HAYCRAFT (*The Journal of Physiology*, XI, p. 486).

On admet que le premier bruit du cœur est d'origine musculaire. Williams (1835) a montré qu'on pouvait l'entendre, en l'absence de tout son valvulaire dans un cœur vide de sang. Ludwig et Dogiel (1868) et plus tard Yeo et Barrett ont vérifié ce résultat. Mais une difficulté se présente ; c'est que le son musculaire est en général très bas. Il correspond à 40 vibrations à la seconde : le bruit cardiaque est beaucoup plus haut, il répond à un nombre de vibrations compris entre 100 et 200. D'autre part, le son musculaire est, comme l'a montré Helmholtz, un phénomène de résonance tympanique : le chiffre de 40 vibrations correspond au son propre de l'oreille moyenne ; il s'élève si l'on distend celle-ci comme dans l'épreuve de Valsalva. Le muscle n'agit que pour mettre la membrane en mouvement, comme la baguette qui frappe un tambour. Ceci étant, l'auteur a fait noter par un musicien les bruits du cœur du lapin, du chien et de l'enfant. En vidant le cœur du lapin par une blessure de la base des vaisseaux, Haycraft observe que le premier bruit devient beaucoup plus bas, de telle sorte que le son de résonance musculaire doit être normalement accompagné de bruits valvulaires. En excisant le cœur comme Bayer (1870) et Giese (1871) et en pratiquant la circulation artificielle, on s'assure qu'en augmentant la pression, on augmente la tension valvulaire et en même temps on voit le premier son s'élever, ce qui est une preuve de la participation des valvules auriculo-ventriculaires à sa production. En résumé, le premier bruit du cœur est d'origine val-

vulaire comme le second. Il est d'une tierce mineure au-dessous, dans la clef de fa. Il est accompagné par les sons de résonance de l'oreille, de la poitrine et du stéthoscope.

DASTRE.

Ueber den Dikrotismus der Pulse, par A. PICK (*Archiv für die gesammte Physiol.*, XLIX, p. 105).

Ce qu'il y a de plus essentiel à expliquer, c'est plutôt la chute que le rebondissement qui lui succède et qui vient former le second sommet du graphique. Au moment du relâchement des parois ventriculaires, une onde négative existe à l'origine de l'aorte, puisque à ce moment la pression s'abaisse au-dessous de sa valeur moyenne. Cette onde est extrêmement courte, car, aussitôt qu'une petite quantité de sang a reflué vers le ventricule, les valvules se ferment et la pression revient à son niveau. Cette onde négative se propage comme la positive tout le long de l'aorte. De là le dicrotisme des artères périphériques. On peut encore dire que la pression dans le ventricule tombe à zéro, tandis que les valvules sigmoïdes sont encore ouvertes; et leur fermeture est déterminée par l'excès de la pression aortique sur celle du ventricule. Il n'y aurait pas de dicrotisme si les valvules se fermaient automatiquement à la fin de la systole, avant le relâchement des parois ventriculaires.

DASTRE.

Ueber einige Folgen der Blutentziehung (Sur quelques conséquences de la saignée), par J. DOGIEL (*Centralblatt für die medicin. Wissensch.*, n° 19, 1891).

Les expériences ont été exécutées par un élève de Dogiel, Kasembeck, sur des grenouilles, des lapins et des chiens. — 1. Les chiens survivent à des saignées de $\frac{1}{7}$ à $\frac{1}{2}$ de la masse totale du sang. Si la perte atteint $\frac{2}{3}$ le chien périt habituellement à la fin de l'expérience. — La carotide ouverte laisse s'écouler un peu plus de $\frac{2}{3}$ de la masse sanguine (par exemple 190 grammes sur 261 sur un chien de 3,390 grammes). L'écoulement par l'artère crurale s'arrête plutôt que par la carotide : dans le cas précédent, 5 minutes et 30 secondes après l'ouverture de l'artère, l'écoulement étant de 154 grammes alors que les $\frac{2}{3}$ de la masse totale du sang étaient de 174 grammes. — Le nombre des respirations s'est élevé de 16 à 40 et celles du battement du cœur de 80 à 90. — Le sang a continué de s'écouler de la carotide jusqu'à 190 grammes : mais dès 185 grammes les contractions cardiaques s'étaient affaiblies et étaient devenues insensibles : le nombre des respirations était descendu à 22.

Le chien survit à la soustraction de la moitié de son sang lors même qu'elle est renouvelée au bout de 3 ou 4 semaines.

Presque toujours les soustractions sanguines de $\frac{1}{7}$ à $\frac{1}{2}$ accélèrent le cœur : de $\frac{1}{2}$ à $\frac{2}{3}$ il y a tantôt accélération et tantôt ralentissement. Des soustractions notables ou répétées provoquent un rythme irrégulier, des palpitations. — 2. La force du cœur diminue même pour les soustractions légères. Les bruits du cœur deviennent plus faibles, et on finit par percevoir des souffles systoliques. — 3. La pression reste invariable dans le cas de pertes légères : ordinairement elle s'abaisse ; souvent elle peut au contraire s'élever une ondulation oscillatoire part des vaisseaux. — 4. La pression veineuse est toujours plus abaissée que la pression artérielle.

— 5. Si l'on interrompt la circulation jugulaire au moyen de serre-fines, la pression s'accroît dans les carotides : si l'on enlève les serre-fines elle continue à s'accroître. — 6. L'application de sangsues produit plutôt une élévation qu'un abaissement de la pression. — 7. Chez un chien curarisé on pose des pinces sur les jugulaires et l'on soustrait par l'artère fémorale $\frac{1}{7}$ de la masse sanguine ; la pression s'élève notablement après un abaissement momentané. — 8. La température du corps oscille : elle s'élève d'abord, tombe de 2° , et remonte de nouveau. — 9. Des saignées répétées provoquent d'abord une augmentation du poids, puis une diminution. — 10. Une saignée abondante accroît souvent l'excitabilité réflexe. — 11. Le nombre, la force, et le rythme des respirations sont notablement altérés. Elles sont tantôt rapides et superficielles, tantôt rares et profondes. — 12. Chez les animaux qui succombent à des saignées répétées, on trouve une dégénérescence graisseuse du foie et des reins et une tuméfaction des muscles et du cœur.

DASTRE.

The relative formation of proteoses and peptones in gastric digestion, par R. H. CHITTENDEN et J. A. HARTWELL (*The Journal of Physiology*, XII, p. 12, 1891).

Depuis la découverte des albumoses et de leurs caractères, on s'est convaincu que la digestion gastrique donnait fort peu de peptones : la peptonisation est le résultat d'une action prolongée et même n'est jamais complète. L'acide albumine et surtout les albumoses ou protéoses (propeptones) seraient le premier degré de l'hydratation : les peptones résulteraient de leur transformation graduelle. Ce que l'on appelait peptones autrefois est donc un mélange d'une petite quantité de peptone vraie avec beaucoup d'albumoses. Quelques auteurs, Boas (1887) entre autres, ont contesté ces vues et prétendu que l'acide albumine et les propeptones résultaient de l'action isolée de l'acide chlorhydrique, tandis que le véritable suc gastrique donnait de vraies peptones. Il est urgent de s'entendre sur le mot de peptones. C'est le nom qu'on donne aux produits de la digestion gastrique qui ne sont précipitables ni par la neutralisation, ni par l'acide acétique agissant après le chlorure de sodium à saturation ; mais comme ce moyen peut laisser échapper des deutéro et hétéro-albumoses, il vaut mieux avoir recours au sulfate d'ammoniaque après neutralisation ; dans ce cas, même en agissant à chaud, il peut échapper quelques traces de deutéro-albumose.

On peut se débarrasser du sulfate d'ammoniaque par dialyse. Le produit dialysé (protéose) digéré avec du suc gastrique frais ne précipite plus par le sel ammoniac. Les auteurs du présent mémoire se sont proposé de déterminer quantitativement les proportions des trois espèces de produits, syntonine, protéoses, peptones formées dans une digestion gastrique artificielle, prolongée. Par exemple on trouve dans une expérience :

	Syntonine	Protéoses	Peptones
Après 2 heures.....	14 0/0;	75,1 0/0;	10,8 0/0
47 —	4,5 0/0;	69,7 0/0;	25,6
71 —	4,2;	62,2;	33,5.

Les protéoses sont donc des produits intermédiaires nécessaires de

toute digestion gastrique. D'ailleurs ces protéoses elles-mêmes sont de trois espèces : les proto protéoses et hétéro protéoses sont formées ; puis, par continuation de l'action protéolytique les deutéro protéoses. Ce sont ces dernières surtout qui passent à l'état de peptones. Il s'agirait de savoir jusqu'à quel degré ces vues, vraies pour les digestions artificielles, le sont pour les digestions naturelles.

DASTRE.

Myosin-peptone, par R. A. CHITTENDEN et R. GOODWIN (*The Journal of Physiology*, XII, p. 34; 1891).

La digestion pancréatique du muscle laisse un résidu de matière insoluble qui résiste à l'action dissolvante de la trypsine. La partie soluble est formée de produits cristallisables, de peptones, peu ou point de myosinoses. Ainsi le stade myosinose est traversé rapidement et les peptones elles-mêmes transformées partiellement en produits cristallisables. Les auteurs se sont proposés, dans cette étude, de fixer la nature des peptones ainsi formées et incidemment aussi du résidu insoluble. Ils ont séparé laborieusement la protomyosinose, la deutéromyosinose et la myosine-peptone. Celle-ci, comme c'est le cas général, contient moins de carbone que les substances précédentes, d'où la conclusion que les peptones résultent d'un processus d'hydratation.

DASTRE.

On the composition and action of peptonised milk, par HORTON-SMITH (*The Journal of Physiology*, XII, p. 42, 1891).

Les aliments peptonisés, dont on fait un assez grand usage maintenant, contiennent surtout des albumoses mêlées à de petites quantités de vraies peptones. L'ingestion de grandes quantités d'albumoses et de peptones ne peuvent point troubler les échanges matériels du corps normal. L'auteur est resté en parfaite santé, en se mettant à ce régime ; la quantité d'acide urique est restée normale ; et le rapport de l'urée à l'azote total n'a pas subi de changement.

DASTRE.

Notes on the mode of action of rennin and fibrine-ferment (Ferment-lab et fibrine-ferment), par S. LEA et L. DICKINSON (*The Journal of Physiology*, XI, p. 307).

Fick a imaginé une théorie d'après laquelle les ferments coagulateurs agiraient d'une autre manière que les enzymes, en ce que le contact de la molécule ferment avec la molécule de la substance ne serait pas nécessaire, qu'il y aurait seulement communication d'ébranlement moléculaire. Les faits sur lesquels il s'appuie et qui sont fournis par l'industrie du fromage sont contestés déjà par Soxhlet. L'expérience directe consistait à noter une coagulation très rapide dans un tube au fond duquel se trouve le ferment-lab (nommé par l'auteur rennine, provenant de la caillotte du veau), surmonté par le lait. Les auteurs répètent l'expérience et constatent que, lorsque l'on prend toutes les précautions pour éviter le mélange, la coagulation est lente et successive, contrairement à l'assertion de Fick. L'expérience démontre plutôt l'influence évidente de la dissémination du ferment. Les mêmes épreuves, répétées avec le fibrine-ferment (obtenu en traitant la fibrine par le chlorure de sodium à 10 0/0) et le plasma sanguin en solution saline étendue ont fourni les mêmes résultats.

DASTRE.

The influence of bile on the fat-splitting properties of pancreatic juice (Influence de la bile sur les propriétés du suc pancréatique relativement au déboulement des graisses), par K. RACHFORD (*The Journal of Physiology*, XII, p. 72, 1890).

Le suc pancréatique agissant seul développe dans un temps donné T un certain travail; par exemple il produit une quantité d'acides gras suffisante pour qu'il se forme une émulsion spontanée. Si le suc pancréatique agit en présence de cinq volumes d'une solution de carbonate de soude à 2,5 0/00, il lui faut un temps huit fois plus considérable (8 T) pour accomplir le même travail de déboulement. Il n'agit plus du tout s'il se trouve en présence de 10 parties de cette même solution. Le suc pancréatique agissant en présence d'une égale quantité de la solution chlorhydrique à 2,5 0/00, exige une fois et demi autant de temps ($3\frac{1}{2}$ T).

En présence d'une égale quantité d'un mélange de bile et de la solution d'acide chlorhydrique à 2,5 0/00, il faut seulement le quart du même temps pour exécuter le travail ($\frac{1}{4}$ T). De là résulte que le suc pancréatique trouve dans le duodénum des conditions éminemment favorables à la saponification et à l'émulsion des graisses.

DASTRE.

Further observations on the behaviour of caseinogen, par Sidney RINGER (*The Journal of Physiology*, XII, p. 164, 1891).

L'auteur prépare le caséinogène de la manière suivante : on ajoute à $\frac{3}{4}$ litre de lait 90 centimètres cubes de la solution d'acide acétique à 10 0/0 et l'on filtre. Chaque jour le caillot était relavé à l'eau distillée et le traitement continué jusqu'à ce que le liquide fût parfaitement neutre et ne précipitât plus avec l'oxalate d'ammoniaque. On broie alors le caillot dans un mortier avec du carbonate de chaux pur et l'on ajoute de l'eau distillée.

Le caséinogène se dissout et peut être séparé. Si ensuite on ajoute à 10 centimètres cubes de la solution de caséinogène, 2, 4, 6 gouttes de la solution de chlorure de calcium à 10 0/0, il n'y a pas de changements à la température ordinaire : à 30° il y a un trouble (dans le cas de 6 gouttes) qui disparaît en refroidissant. En ajoutant à chaque échantillon 6 gouttes de la solution de présure (30°), tous les tubes sont immédiatement coagulés. La coagulation du lait n'exige donc qu'un sel de chaux, et la présure. Si l'on attend quelques jours, les propriétés se modifient légèrement en ce sens que le chlorure de calcium seul et plus tard la présure seule provoquent des coagulations, mais la solution stérilisée se conserve indéfiniment. Le bicarbonate de soude se combine avec le caséinogène et forme une solution de plus en plus parfaite et limpide : en même temps il contrarie l'effet de la présure et du chlorure de calcium. La coagulation du lait par la présure comprend deux processus.

Si, après avoir précipité le lait par l'acide acétique, lavé, et dissous dans la solution de bicarbonate de soude à 3 0/0, on répète plusieurs fois cette opération, on finit par avoir une solution de caséinogène dans le bicarbonate tout à fait débarrassée de sels de chaux. Si alors, on ajoute de la présure que l'on chauffe à 40° pendant une demi-heure, et qu'ensuite le lendemain on détruit le ferment en faisant bouillir le liquide, on

n'aura ni précipitation, ni coagulation. L'addition de chlorure de calcium à froid ne produit rien : à chaud il y a coagulation ; mais le caillot se redissout si l'on refroidit. La présure aurait changé le caséinogène en caséine, mais n'aurait produit ni précipitation ni coagulation. Il faudrait pour ce dernier effet une combinaison de la caséine avec les sels de chaux. L'auteur donne d'autres preuves de l'existence de ces deux phases de la coagulation.

DASTRE.

Physiologie u jeûne, par L. LUCIANI (*Archives italiennes de Biologie, XIII, p. 347, 1890.*)

Études faites à Florence par l'auteur et un certain nombre de médecins sur le jeûneur Succi et comportant l'examen du sang et des excréta. La conclusion générale c'est que, dans l'inanition physiologique, les grandes fonctions se conservent, thermo-régulation, régime circulatoire, respiratoire, activité musculaire. Il y a suspension absolue ou relative de toute sécrétion digestive. Dans les premiers jours il y a résorption dans le sang de la trypsine, pepsine provenant des zymogènes préalablement accumulées dans les glandes. Les sécrétions excrémentielles, urine, sueur, se maintiennent normales. Les processus putrides des microbes intestinaux persistent. La quantité absolue de l'azote, soufre, phosphore urinaire, diminue progressivement ; la quantité relative du phosphore augmente par rapport à l'azote. La consommation des tissus gras reste constante ; celle des tissus musculaires va diminuant. La production et la déperdition calorifique diminuent. Il y a liquéfaction des différents tissus : à un degré moindre des hématies et du tissu nerveux. La courbe de la diminution de poids est une portion d'hyperbole équilatère.

DASTRE.

Zur Eiweisszersetzung des hungernden Menschen (Destruction de l'albumine chez l'homme en inanition), par W. PRAUSNITZ (*Münch. med. Woch., p. 319, 5 mai 1891.*)

L'auteur recherche la quantité d'azote éliminée chez des individus bien portants, soumis pendant deux jours à la privation d'aliments, et ne prenant qu'un peu d'eau chargée d'acide carbonique. Il fait remarquer que sauf dans un cas, où le dernier repas avait été fortement animalisé, la quantité d'azote excrétée le second jour de jeûne est plus forte que le premier. La présence de restes d'aliments, la destruction du glycogène expliquent cette apparente anomalie. En moyenne, un individu de 71 kilogrammes perd le second jour 13^{gr},7 d'azote, correspondant à une destruction d'environ 90 grammes d'albumine.

C. LUZET.

Zur Lehre von der Resorption im Darm... (Contribution à la résorption intestinale d'après des observations faites dans un cas de fistule lymphatique (chyleuse) de l'homme), par T. MUNK et A. ROSENSTEIN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., CXXIII, 2 et 3.*)

Il s'agit d'un cas d'éléphantiasis de la jambe gauche chez une jeune fille de 18 ans ; il était accompagné d'une fistule laissant écouler un liquide laiteux. A jeun, ce liquide ressemblait à de la lymphe, mais deux à trois heures après les repas, il prenait l'aspect du lait.

Ce fait permet aux auteurs de faire une série d'observations sur la résorption intestinale chez l'homme.

1° Le sujet étant à jeun depuis douze heures, la lymphe paraissait vert jaunâtre ou gris jaunâtre, à réaction alcaline; elle avait un goût salé et une odeur fade. Elle se prenait en un coagulum volumineux, qui renfermait des filaments de fibrine et des corpuscules lymphatiques peu nombreux. La lymphe était riche en sérum-albumine et renfermait beaucoup moins de globuline.

2° 2 à 3 heures après les repas, la lymphe devenait blanchâtre et prenait une apparence laiteuse. A l'examen microscopique, on y voyait des corpuscules très fins de graisse. En l'agitant avec de l'éther, le chyle redevenait complètement transparent.

Les 60 ou 66 centièmes de la graisse ingérée dans le tube digestif s'écoulaient au dehors par la fistule.

L'ingestion de graisses liquides, aussi bien que de matières grasses fusibles à haute température, donna lieu à une résorption graisseuse se faisant cinq à huit heures après. Les graisses du premier groupe apparaissent de la cinquième à la sixième heure dans le chyle, tandis que celles du second groupe sont absorbées en fortes proportions de la septième à la huitième heure.

Les acides gras (oléique, palmitique et stéarique) passent au bout de la troisième heure dans le chyle à l'état de corps gras neutres, leur absorption atteint le maximum vers la septième heure.

Le spermaceti, fusible à 53° C., est résorbé également et passe dans la proportion de 15 0/0 dans le chyle.

3° En faisant prendre 13 grammes de charbon végétal réduit en une poussière très fine dans des pains à cacheter et en recueillant la lymphe qui s'écoulait dans les vingt-quatre heures, les observateurs ne purent par aucun moyen constater la présence de particules de charbon ni dans le plasma, ni dans les corpuscules de la lymphe.

4° A la suite de lavements d'huile, les 3.7 à 5.5 0/0 de l'huile sont résorbés dans l'espace de huit à neuf heures.

5° Les albumines résorbées dans l'intestin ne passent pas dans le chyle, de sorte que leur absorption semble se faire exclusivement par la voie sanguine.

6° Les hydrates de carbone passent dans le chyle. En effet, après la résorption du sucre dans l'intestin, la lymphe devient de plus en plus riche en sucre; au bout de la neuvième heure qui suit l'arrivée de ces substances dans le tube digestif, la lymphe renferme le double de sucre. ED. RETTERER.

Ueber den intermediäre Kreislauf... (Sur le passage des corps gras à travers le foie, sur sa signification physiologique et sur ses relations avec l'ictère des nouveau-nés), par Sieg. ROSENBERG (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIII, 1).

Deux expériences ont montré à Rosenberg qu'un repas riche en corps gras donne lieu chez le chien à un passage de gouttelettes graisseuses dans la bile. A l'encontre de Virchow, l'auteur ne croit pas à la résorption de la graisse par l'intermédiaire des cellules épithéliales de la vésicule biliaire : une portion des gouttelettes adipeuses reste adhérente aux cellules épithéliales, tandis que le reste est expulsé avec la bile et pénètre dans l'intestin. La présence des corps gras sur l'épithélium de la vésicule biliaire aurait pour effet de s'opposer à la résorption de la bile. Comme chez les nouveau-nés, la vésicule biliaire est libre de toute graisse, Rosenberg avance que c'est là la condition favorable à la résorption biliaire et à la production de l'ictère des nouveau-nés.

R. Virchow (*Archiv f. path. Anat.*, p. 187) rappelle plusieurs expériences faites sur de jeunes chats et de jeunes chiens, chez lesquels il a pu constater la présence des globules graisseux dans les cellules épithéliales de la vésicule biliaire. Il maintient, par conséquent, ses résultats antérieurs en ce qui concerne la résorption de la graisse dans la vésicule du fiel.

S. Rosenberg (*Ibid.* CXXIV, 2, p. 176) signale la présence de globules de graisse dans les cellules épithéliales de la vésicule biliaire, et il se range, par conséquent, à l'opinion de Virchow. ÉD. RETTERER.

Note on the composition of the sweat of the horse, par P. SMITH (*The Journal of Physiology*, XI, p. 497).

La sudation du cheval est un phénomène remarquable en ce qu'il s'accompagne du relâchement des muscles, de la perte générale du tonus, de débilité. Les sudorifiques ordinaires n'agissent point chez le cheval : la pilocarpine n'a point d'effet : l'exercice musculaire reste la cause principale de l'excitation des nerfs sudoripares, avec les impressions nerveuses. De plus, le phénomène peut se produire longtemps après sa cause (plusieurs heures après le travail fatigant.) On a signalé dans cette sueur la présence de matières protéiques (Leclerc), de nature inconnue encore. Lorsque la sudation a été abondante, elle affecte sérieusement la santé de l'animal. L'extrait éthéré contient un acide organique dont la nature n'a pas été déterminée. Les substances minérales sont dix fois plus abondantes que les substances organiques : la potasse et la soude sont en majorité. Il y a un rapport de compensation entre les quantités de ces sels excrétés par les reins et par la peau. On y a trouvé peu de graisse : le liquide examiné venait des glandes sudoripares à l'exclusion des glandes sébacées. DASTRE.

Ueber die Durchdringlichkeit der Augenmedien für ultraviolette Strahlen (Sur la pénétrabilité des milieux de l'œil pour les rayons ultra-violet), par J. WIDMARK (*Skandinavisches Archiv für Physiologie*, III, p. 14, 1891).

L'auteur cherche à démontrer que, malgré leurs apparentes contradictions, les recherches de ses prédécesseurs établissent que les milieux transparents de l'œil absorbent les rayons ultra-violet. Ses propres recherches sur la cornée, l'iris, confirment cette conclusion. S'il s'agit des tissus vivants, la même démonstration est fournie par l'étude des modifications pathologiques provoquées par ces rayons dans les milieux en question. Ces altérations sont en raison inverse de leur fluorescence ; le cristallin le plus fluorescent de ces milieux, n'est qu'exceptionnellement altéré. La fluorescence est, en quelque sorte, un moyen de protection. Il semblerait, d'après cela, et d'ailleurs d'après les études récentes des physiiciens (1887-1890) que les ondes lumineuses les plus courtes, possèdent des propriétés particulières, encore inconnues. DASTRE.

Beitrag zur Physiologie des inneren Ohres (Contribution à la physiologie de l'oreille interne), par G. FANO et G. MASINI (*Centralblatt für Physiologie*, Band IV, p. 787, 1891).

1° Il n'y a pas de concordance entre les troubles du mouvement et la direction du canal semi circulaire détruit. En réalité, les perturbations

permanentes ne succèdent qu'à la lésion des canaux semi circulaires horizontaux. L'ablation des deux autres ne produit que des troubles passagers. 2° Quelques troubles, tels que le retournement de la tête, sont la conséquence d'un vertige auditif, d'une perturbation fonctionnelle et non d'une irritation. Ces troubles disparaissent par l'ablation du limaçon membraneux. 3° Après l'ablation des canaux et du limaçon, les pigments peuvent encore réagir au bruit. Le tronc du nerf acoustique est excitable par le bruit. 4° L'ablation du limaçon provoque des troubles du mouvement qui ne sont point permanents : les canaux suffisent à l'audition. Il n'y a pas de différence fonctionnelle réelle entre le rameau cochléaire et le rameau vestibulaire. 5° L'ablation du limaçon ne diminue pas les troubles que produit l'enlèvement du cervelet ; mais elle diminue ceux qui résultent de l'ablation des canaux, lors même que celle-ci aurait eu lieu longtemps auparavant et aurait produit des dégénération diverses du cervelet. Il est décidément établi par là qu'il n'y a point de rapport fonctionnel entre les canaux et le cervelet, et que les perturbations produites par l'ablation des canaux semi circulaires ne doivent pas être attribuées aux lésions du cervelet. DASTRE.

Ueber die Bewegungseffecte... (Des effets moteurs obtenus avec l'écorce cérébrale, suivant que la pression artérielle est élevée ou abaissée), par SPANBOCK (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat. VIII, 2, p. 283, 1890*).

Les variations de pression sont obtenues de deux manières différentes : soit par l'occlusion de l'aorte au moyen de la sonde aortique de Lukjanow, qui permet d'oblitérer l'aorte à volonté, soit par l'excitation du bout périphérique du nerf vague sectionné. Dans le premier cas, pour obtenir l'effet moteur minimum de l'excitation de l'écorce, on doit éloigner la bobine plus que dans l'état normal ; il y a donc exagération de l'irritabilité cérébrale.

D'ailleurs, le degré de cette exagération est variable ; il est, jusqu'à un certain point, proportionnel à la durée de l'occlusion aortique. Si on rétablit le cours du sang, l'irritabilité corticale revient assez rapidement à la normale.

Dans le second cas, après une minute d'excitation du vague, l'irritabilité corticale diminue ; plus cette excitation de la dixième paire dure longtemps, plus l'irritabilité cérébrale s'abaisse. Mais au début de l'excitation du vague, il y a exagération de l'irritabilité cérébrale.

Dans le premier cas, le kymographe enregistre une augmentation de la pression artérielle : dans le second, un abaissement. Il faut d'ailleurs, dans l'appréciation des résultats, tenir compte d'un troisième facteur, qui est l'excitation psychique de l'animal ; celle-ci est à son maximum dans les expériences où on emploie l'occlusion aortique comme modificateur de pression. C. LUZET.

Effets de l'ablation des hémisphères cérébraux chez des pigeons, par BÖCK et LE BŒUF (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique, décembre 1890*).

Les auteurs ont réussi à garder vivant, pendant deux ans et demi, un pigeon privé de ses hémisphères cérébraux.

L'examen anatomique montra qu'il restait une petite portion de la ré-

gion frontale et de l'écorce occipitale : tout le reste avait disparu. Les effets d'une pareille mutilation sont différents suivant les époques. Tout d'abord, l'animal est comateux ; puis il reprend ses sens, mais ne mange pas et est irritable : finalement il recouvre l'aptitude fonctionnelle aux instincts vitaux. Il mange, boit, distingue ce qui l'entoure, se meut sans incoordination, dort régulièrement et se bat avec les autres pigeons ; mais il semble avoir perdu toute appétence sexuelle.

H. R.

The effects of the movements... (Effets des mouvements du corps humain sur la capacité du canal rachidien), par W. REID et S. SHERRINGTON (*Brain*, p. 449, 1890).

Les auteurs évaluent la capacité du canal rachidien en le remplissant d'eau, au moyen d'une couronne de trépan faite à la région pariétale et communiquant avec les tissus de la dure-mère et l'espace sous-arachnoïdien. — L'appareil dont ils se servent est longuement décrit, avec figure à l'appui. — De leurs expériences cadavériques, ils tirent les conclusions suivantes :

1. Quand le corps est suspendu verticalement, la capacité du canal cranio-vertébral est à son maximum ;

2. Quand le corps est dans la position verticale, mais débarrassé du poids des membres (station assise), la capacité du canal est légèrement diminuée ;

3. La flexion en avant ou en arrière du rachis donne lieu à une diminution très notable de la capacité du canal rachidien. Cependant les mouvements modérés ont une faible influence sur cette capacité : les différences sont plus grandes chez les enfants que chez les adultes.

La suspension, chez les adultes, n'accroît la capacité du canal que de 100 millimètres cubes. On comprend difficilement que ce mode de traitement puisse allonger la moelle, comme on l'a dit pour les tabétiques.

H. R.

Variations thermiques céphaliques durant le langage parlé, par G. FASOLA (*Arch. ital. de biol.*, XV, p. 153, et *Archiv. d. scienc. medic.*, XV, n° 1).

Les deux moitiés de la tête ont rarement la même température : cette égalité n'est observée que dans le repos mental et musculaire ; la moitié la plus chaude est le plus souvent la gauche. Dans l'action de parler la moitié droite peut quelquefois se montrer plus chaude que la gauche. Il y a souvent alternance. L'échauffement serait dû à l'acte psychique lui-même, abstraction faite des mouvements de la langue et des lèvres. Des effets différents du langage entendu et du langage non entendu, l'auteur infère que la perception auditive des paroles contribue à la manifestation thermique. Le travail psychique du langage donne des résultats incomparablement plus prononcés qu'un travail mental d'autre nature. Enfin, l'auteur est amené à soutenir que les organes centraux du langage articulé et des fonctions annexes sont doubles et symétriques.

DASTRE.

Excitation des nerfs par dérivation de courants voltaïques et induits, par E. ŒHL (*Archiv. ital. de biol.*, XV, p. 239, et *R. del R. Inst. Lombard.*, 2^e série, vol. XXIII).

La contraction unilatérale de fermeture ou d'ouverture, par excitation

directe du nerf exige plus d'intensité avec les courants voltaïques qu'avec les courants induits. Pour les deux espèces de courant l'intensité nécessaire à la contraction bilatérale est sensiblement constante. L'excitation directe exige plus d'intensité du courant voltaïque que du courant induit. L'excitation indirecte, par dérivation, exige un surcroît d'intensité beaucoup plus considérable pour le courant de pile que pour le courant induit.

DASTRE.

Beobachtungen über den elektrischen... (Observations sur la résistance électrique du corps humain à l'état de santé et de maladie), par SILVA et PESCAROLO (*Deutsches Arch. f. klin. Med.*, XLVII, p. 239, 1894).

La résistance électrique d'abord grande tombe bientôt à un minimum constant pour une force électromotrice donnée. Le même fait s'observe chez le cadavre. La résistance diminue avec l'augmentation de la force électromotrice et de la surface des électrodes, et inversement. La pression, la température des électrodes, les interruptions sont sans action, il n'en est pas de même de la température du corps dont l'élévation diminue la résistance et surtout des commutations, surtout quand les deux électrodes n'ont pas la même surface. L'épaisseur de l'épiderme augmente la résistance, le grand nombre des glandes sudoripares et sébacées la diminue. La fièvre, les exanthèmes, l'obésité, le diabète, l'état de convalescence (peau sèche) augmente la résistance, les conditions inverses la diminuent. Il y a là une action à la fois de l'épiderme plus ou moins humide et de vaisseaux plus ou moins dilatés. Aussi dans la maladie de Basedow le minimum est-il rapidement atteint. Dans l'hystérie ces conditions étant variables, il s'ensuit que les lois de Vigouroux ne sont pas toujours justes. Mêmes remarques au sujet du bain, des médicaments qui augmentent la sécrétion sudorale (pilocarpine, antipyrine). L'auteur a étudié en outre l'action du courant contact, des rubéfiants, du tabac, du jeûne, de l'état atmosphérique.

C. LUZET.

Le réflexe anal, par ROSSOLIMO (*Neurologisches Centralblatt*, 1^{er} mai 1894).

Ce réflexe consiste dans la contraction du sphincter anal en rapport avec l'excitation de la peau et de la muqueuse de l'anus. Il existe à l'état de santé et exige la mise en jeu des nerfs hémorroïdaux, honteux internes et périnéaux, qui proviennent tous des 3^e et 4^e paires du plexus sacré. La section, sur un chien, du renflement lombaire au niveau du 3^e nerf sacré fait brusquement disparaître le réflexe anal : il est donc situé plus bas dans la moelle que tous les autres réflexes. On le met en relief, soit chez l'homme debout, en écartant les fesses, soit en stimulant la peau du périnée dans la position couchée. L'auteur a examiné ce que devient ce réflexe dans les cas pathologiques, et il arrive aux conclusions suivantes :

Le réflexe anal est accru dans certains cas de neurasthénie, dans certaines formes de myélites situées à un niveau élevé de la moelle. Il est supprimé au contraire dans la névrite multiple quand les branches du plexus sacré sont intéressées, ainsi que dans les myélites inférieures du renflement lombaire. Sa disparition est ordinairement associée à l'anesthésie du rectum, de l'anus et de l'urètre.

H. R.

On some points in the action of muscles, par Charles BEEVOR (*Brain*, p. 51, fasc. 1, 1891).

Beevor étudie les questions suivantes :

1. Quelle est la meilleure méthode pour déterminer l'action d'un muscle ?
2. Les antagonistes d'un muscle se contractent-ils toujours quand celui-ci entre en contraction volontaire ?
3. Un muscle peut-il produire un mouvement diamétralement opposé à son action habituelle ?

Il répond ainsi à ces questions :

1. L'examen le plus sûr des muscles est la constatation de leur contraction chez l'être vivant.
2. Les antagonistes d'un muscle ne se contractent pas à l'occasion de violents mouvements volontaires. Dans les mouvements lents et modérés, il est douteux que les antagonistes aient un autre rôle que celui de modérer la chute du membre par la pesanteur; cependant pour les mouvements qui demandent de la précision, il est probable que les deux ordres de muscles agissent simultanément.
3. Il n'y a pas d'exemple connu de muscle produisant une action diamétralement opposée à son action normale. Un muscle des membres peut être paralysé pour une sorte de mouvement et pas pour une autre.
4. Ceci prouve que la lésion qui crée la paralysie siège dans les noyaux de la moelle ou dans ses racines, et non pas dans les nerfs périphériques intramusculaires.

M. R.

Manière de se comporter des sucres et leur action dans l'organisme, par ALBERTONI (*Archiv. ital. de biologie*, XV, p. 321, et *Accad. d. Scienz. di Bologna*, 1888-1891).

Chez un gros chien, la quantité de glycose qui peut être absorbée par l'intestin en une heure étant 60 grammes, les quantités de maltose et de saccharose seront exprimées par les nombres 70 et 100. L'absorption se fait pour les solutions plus denses ou moins denses que le sang; elle est surtout considérable dans la première heure. Pour la lactose le chiffre est 20 à 40. Son introduction amène dans l'intestin de l'eau, du mucus, de la bile, en quantité plus grande qu'à l'ordinaire, d'où un effet purgatif. — L'injection intra-veineuse de glycose, saccharose, maltose, accélère légèrement le pouls : l'accélération ne se produit pas si les vagues sont coupées, la pression sanguine s'élève, la vitesse du sang également; il y a une dilatation vasculaire du rein et d'autres organes. — Le levulose et le lactose augmentent la pression sanguine et diminuent la fréquence du pouls. — Sauf le levulose, les autres sucres provoquent la polyurie et la glycosurie. Le maltose est assimilé comme le glucose, ainsi que l'ont montré Dastre et Bourquelot. L'accumulation du sucre dans le sang est bien le centre de tous les phénomènes du diabète. DASTRE.

CHIMIE MÉDICALE.

Das specifische Gewicht des menschlichen Blutes (Densité du sang humain), par Erich PEIPER (Centrbl. f. klin. Med., n° 12, 1891).

Les recherches ont été faites par le procédé de Schmaltz (tube capillaire alternativement rempli d'eau distillée et de sang et soigneusement pesé). En voici les résultats :

La densité du sang chez les sujets bien portants oscille entre 1,0455 et 1,0665. Elle est généralement plus élevée chez l'homme (1,055) que chez la femme (1,0535), plus élevée chez l'adulte que chez l'enfant (1,050 à 1,052). Les néphrites, les anémies, la chlorose, l'état marastique, peuvent abaisser le poids spécifique du sang jusqu'à 1,0254. Les maladies fébriles et celles qui s'accompagnent de cyanose prononcée peuvent l'élever jusqu'à 1,0684.

LEFLAIVE.

Ueber das Auftreten von Oxyhämoglobin in der Galle (Sur l'apparition de l'oxyhémoglobine dans la bile), par R. STERN (Archiv f. path. Anat., CXXIII, 1).

R. Stern essaya de voir si les injections d'une solution d'hémoglobine dans le sang font apparaître cette substance dans la bile. Il se servit du lapin, dans la veine jugulaire duquel il injecta une solution d'hémoglobine cristallisée du cheval. En examinant la bile extraite avec toutes les précautions convenables à l'aide d'un spectroscope à vision directe, il arriva aux résultats suivants : 1° En tuant les lapins une à deux heures après l'injection, la bile ne renfermait pas encore d'hémoglobine. Cette substance n'est donc éliminée que trois heures après une injection intraveineuse ; 2° tant que la quantité d'hémoglobine injectée ne dépasse pas 0^{gr},02 par kilogramme du poids de l'animal, le foie est capable de la transformer en bile, de sorte qu'il ne paraît pas d'hémoglobine dans la bile ; 3° dès que la proportion est plus forte, l'hémoglobine apparaît dans la bile ; 4° si l'on augmente encore la dose injectée, l'hémoglobine est éliminée par les reins.

Examinant ensuite la bile de personnes mortes de diphtérie, de fièvre typhoïde, de tuberculose, de maladies du cœur, Stern n'a pas pu constater la présence d'hémoglobine dans la bile de ces sujets. Dans un cas de pneumonie et dans un autre cas d'érysipèle, il n'a pas été plus heureux dans ses recherches.

ÉD. RETTERER.

On the primary cleavage products formed in the digestion of gluten casein of wheat by pepsin-hydrochloric acid (Premiers produits de dédoublement de la gluten-caséine du froment par l'acide chlorhydropeptique), par R. H. CHITTENDEN et E. E. SMITH (The Journal of Physiology, XI, p. 410).

On a étudié, depuis quelques années, les produits de la digestion des albuminoïdes animaux. Les auteurs se proposent la même étude sur un

albuminoïde végétal très répandu, le gluten-caséine du blé. On commence par préparer cette substance à l'état pur en appliquant la méthode de Ritthausen. On la met en digestion dans une solution de pepsine à 4 0/00 d'acide chlorhydrique. La dissolution se fait lentement et n'est que partielle (5 à 8 jours à 40°). La liqueur filtrée montre une grande quantité de protéoses, avec seulement des traces de peptones. En appliquant les méthodes déjà mises en usage par Kühne et Chittenden on sépare la proto-gluten-caséose et l'hétérogluten-caséose dont on détermine la composition centésimale et les propriétés; de même on sépare la deutérogluten-caséose. Ces produits sont analogues aux albumoses fournies par les albuminoïdes animaux.

DASTRE.

Hæmatoporphyrin in urine, par COPEMAN (*Brit. med. j.*, p. 175, 24 janvier 1891).

Copeman signale la présence de l'hématoporphyrine dans l'urine de quatre sujets morts dans le coma sans lésions organiques évidentes : il s'agissait de femmes nerveuses dont les principaux symptômes avaient été l'insomnie et la constipation. L'hématoporphyrine donne au spectroscope une bande analogue à celle de la méthémoglobine, mais sans modifications sous l'influence du sulfhydrate d'ammoniaque. L'odeur de l'urine, en pareil cas, est empyreumatique, semblable à celle de l'acétone, et elle reste inaltérée pendant plusieurs mois.

L'auteur pense qu'il s'agit d'une toxémie autochtone due à la constipation et aboutissant à une variété d'anémie pernicieuse.

H. R.

Ueber Vorkommen und Nachweis des Hæmatoporphyrins im Harn (Présence et recherche de l'hématoporphyrine dans l'urine), par E. SALKOWSKI (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, XV, p. 286-310).

L'auteur a eu à examiner trois urines qui présentaient une coloration rouge noirâtre très foncée, et qui ne renfermaient ni oxyhémoglobine, ni méthémoglobine, ni albumine. Il s'est assuré, par l'examen spectroscopique, ainsi que par l'action des réactifs, que ces urines renfermaient de l'hématoporphyrine; une urine normale, additionnée d'une trace de chlorhydrate d'hématoporphyrine cristallisée s'est comportée exactement comme les urines pathologiques en question.

Le procédé clinique qui convient le mieux à la recherche de l'hématoporphyrine est le suivant : on précipite une trentaine de centimètres cubes d'urine par un mélange à volumes égaux d'eau de baryte et d'une solution au dixième de chlorure de baryum; on lave le précipité d'abord à l'eau, puis à l'alcool; on le triture ensuite dans un petit mortier avec 8 ou 10 centimètres cubes d'alcool absolu additionnés de 6 ou 8 gouttes d'acide chlorhydrique, en chauffant doucement au bain-marie; puis on filtre. La liqueur alcoolique ainsi obtenue présente, si l'urine contenait de l'hématoporphyrine, une coloration rouge très nette et offre le spectre d'absorption des solutions acides d'hématoporphyrine; comme contrôle, on alcalinise cette liqueur par l'ammoniaque et on verra sa couleur passer au jaune, et son spectre d'absorption varier de façon à présenter les quatre bandes de l'hématoporphyrine en solution alcaline.

La recherche de l'hématoporphyrine dans les urines présente pour le médecin d'autant plus d'intérêt que sur les six cas actuellement décrits d'hématoporphyrine, trois ont eu une terminaison fatale. Les circon-

stances qui déterminent cette élimination d'hématoporphyrine sont encore peu connues; cependant, dans les trois cas observés par l'auteur, on peut incriminer le sulfonal, qui avait été employé comme médicament aux doses ordinaires : chaque fois que l'on suspendait l'emploi du médicament, l'hématoporphyrine disparaissait des urines pour y réapparaître dès que le malade faisait à nouveau usage de sulfonal; il eut d'ailleurs à observer que dans ces trois cas, le médicament était fort mal supporté et semblait produire une véritable intoxication.

AD. F.

Remarks on a new test... (Nouveau réactif pour déceler l'albumine), par John MACWILLIAM (*Brit. med. j.*, p. 837, 18 avril 1891).

Ce nouveau réactif est l'acide salicylsulfonique. C'est un agent d'une extrême délicatesse, qui décèle des traces de blanc d'œuf dilué dans 2,000 fois son volume d'eau. Une goutte ou deux ajoutées à l'urine y déterminent une opalescence instantanée, pour peu qu'elle renferme des indices d'albumine, quelle que soit la réaction de l'urine; pourtant, si elle est trop alcaline, il convient de l'aciduler légèrement. Si le précipité opalescent est formé de globuline et d'albumine, la chaleur le rend floconneux; si, au contraire, ce sont des albuminoses et des peptones, la chaleur l'éclaircit.

H. R.

Die praktische Verwerthbarkeit der α -Naphtholprobe auf Zucker, par C. POSNER et H. EPENSTEIN (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 9, p. 200, 23 février 1891).

Pour rechercher et doser le sucre dans l'urine, Posner et Epenstein recommandent l'emploi de la méthode de Molisch, perfectionnée par Udranszky et Luther. Cette méthode est basée sur ce qu'en présence de l'acide sulfurique additionné de naphtol α les liqueurs sucrées prennent une couleur violette. Cette réaction, qui est d'une sensibilité extrême, n'est pas spéciale au sucre; elle appartient aussi à toutes les substances hydrocarbonées ainsi qu'à certaines albuminoïdes.

On procède, suivant Luther, de la façon suivante : on mêle une goutte de l'urine à examiner avec une goutte d'une solution à 100/0 de naphtol α dans le chloroforme et avec un centimètre cube d'eau. En additionnant ce mélange dans un tube à réactif avec un demi-centimètre cube d'acide sulfurique concentré, on ne tarde pas à obtenir un magnifique anneau violet, alors même que l'urine ne renferme que trois centièmes pour cent de sucre.

Ce procédé d'analyse, qui repose sur la production de furfurol par dédoublement, a le double avantage d'être exécuté à froid et de n'exiger qu'une quantité minime d'urine. (*R. S. M.*, XXXVII, 439.) J. B.

Ueber die Natur eines Productes der Eiweissfäulniss (Nature d'un des produits de putréfaction de l'albumine), par S. GABRIEL et W. ASCHAU (*Berichte der Deutsche chemische Gesellschaft*, XXIV, p. 1364).

E. et H. Salkowski ont obtenu en 1883, dans les produits de la putréfaction de la viande et de la fibrine un composé basique ayant pour formule $C^5 H^{11} AzO^2$, donnant un chlorhydrate et un chloroplatinate cristallisés.

S. Gabriel et W. Aschau ont constaté que ce composé est identique à l'acide δ -amidovalérianique $CH^2 (AzH^2) CH^2 - CH^2 - CH^2 - CO^2H$,

qu'ils ont eux-mêmes préparé synthétiquement par une méthode que nous ne pouvons indiquer ici, et pour laquelle nous renvoyons au mémoire original.

AD. F.

Studien über das sogenannte aschefreie Eialbumine (Recherches sur l'albumine d'œuf exempte de cendres), par Erich HARNACH (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft*, XXIII, p. 3745).

L'auteur a précédemment indiqué (*Berichte*, XXII, 3046) une méthode permettant d'obtenir l'albumine d'œuf exempte de cendres, et basée sur la transformation de l'albumine en combinaison cuivrique, soluble dans les alcalis et insoluble dans les acides. A cet effet, l'albumine d'œuf est bien battue, acidulée fortement par l'acide acétique, afin d'éliminer les globulines, puis filtrée et précipitée par le sulfate de cuivre. Le précipité est bien lavé, dissous dans la soude et reprécipité par l'acide acétique : on renouvelle plusieurs fois ces dissolutions et ces précipitations, et on décompose finalement la solution alcaline d'albuminate de cuivre par l'acide chlorhydrique. On obtient ainsi un précipité floconneux, incolore, qu'on lave jusqu'à ce qu'il commence à se dissoudre dans l'eau.

L'albumine ainsi préparée est exempte de cendres; elle ne contient pas trace de phosphore ni de fer. Elle se dissout dans l'eau, lentement à froid, rapidement à l'ébullition. On n'a pu l'obtenir à l'état cristallisé; par contre, elle donne avec certains sels neutres, et notamment avec le sulfate d'ammonium, une combinaison qui cristallise en aiguilles renfermant environ 5 0/0 de matière organique. La difficulté que l'on éprouve à préparer ces combinaisons tient à ce que la plupart des sels alcalins précipitent l'albumine de ses solutions dès que la proportion du sel en dissolution atteint une certaine limite; les précipités ainsi obtenus, soumis à l'ébullition avec l'eau, se convertissent en albumine cuite ou coagulée.

De même que la plupart des substances colloïdes, l'albumine est précipitée par presque tous les sels neutres, par les acides minéraux (nitrique, chlorhydrique, sulfurique, métaphosphorique, mais non par l'acide orthophosphorique); elle n'est pas précipitée par les acides organiques (formique, acétique, lactique, tartrique, citrique, tannin). Le précipité obtenu au moyen des réactifs précédemment indiqués est formé par l'albumine elle-même, et non par une combinaison de l'albumine avec le réactif; il est en effet soluble dans l'eau pure. Au contraire, les sels des métaux lourds fournissent des précipités qui sont des combinaisons de l'albumine avec le métal employé, et qui ne se redissolvent plus dans l'eau, mais bien dans les acides.

Les alcalis empêchent ou retardent la précipitation de l'albumine par les sels alcalins ou par les acides.

Enfin, l'albumine pure, abandonnée à l'état humide au contact de l'air ne se putréfie pas, probablement parce qu'elle ne contient par les sels nécessaires au développement des micro-organismes.

AD. F.

Beiträge zur Kenntniss der Eiweisskörper der Nieren und der Harnblase (Contribution à la connaissance des corps albuminoïdes des reins et de la vessie), par J. LOENNINGER (*Skandinavischer Archiv für Physiologie*, III, p. 1, 1891).

Dans des cas rares, on trouve, dans l'urine, outre les albuminoïdes, la

sérumalbumine et la sérumglobuline du sang, les albumoses et les peptones, d'autres protéides que l'on regarde comme de la mucine ou des corps analogues, et l'on attribue leur présence aux parois des voies urinaires. De là la nécessité de connaître ces albuminoïdes. Gottwalt (1880) a trouvé dans les reins du chien, du collagène, de la globuline, de l'albumine et un protéide soluble dans la solution de soude et précipitable par l'acide acétique. L'auteur a porté son attention surtout sur l'existence de la mucine ou de la nucléo-albumine mucilagineuse. Il opérait séparément sur la substance corticale et sur la substance médullaire des reins de bœuf. Il a trouvé dans la substance corticale une nucléo-albumine qui est d'ailleurs très différente de la mucine. Dans la substance médullaire, qui présente, ici, plus d'intérêt, il a rencontré une substance tout à fait analogue à la mucine qui serait plus proche de la nucléo-albumine que de la mucine vraie. La même substance ou une substance très voisine se rencontre dans les parois vésicales; mais il ne s'y trouve point de mucine proprement dite.

La littérature médicale est pleine de faits relatifs à la présence de la mucine dans l'urine. Mais il est à noter que, dans tous les cas où l'investigation chimique a été faite avec soin, l'on n'a pas retrouvé ce corps. Celui qui y existait avait sensiblement les mêmes réactions que la nucléo-albumine trouvée par l'auteur dans la substance médullaire du rein et dans les parois de la vessie. Il n'y a point, d'ailleurs, de glandes mucipares dans ces parois.

DASTRE.

I. — Ueber die Rosenbach'sche Urinfärbung, par Paul ABRAHAM (*Berlin. klin. Woch.*, n° 17, p. 385, 28 avril 1890).

II. — Noch einige Bemerkungen über die burgunderrothe Urinfärbung, par O. ROSENBACH (*Ibidem*, n° 26, p. 585, 30 juin 1890).

I. — De ses recherches entreprises sur les urines d'une centaine de malades atteints d'affections les plus diverses et sur celles de quatre individus sains, Abraham conclut que la réaction chromogène signalée par Rosenbach (*R. S. M.*, XXXIV, 443, et XXXV, 42) n'est pas le signe certain, soit d'un trouble de l'appareil digestif, soit d'un trouble de l'état général.

Comme on la note toutes les fois qu'il y a suractivité de la décomposition des albuminoïdes, même chez les gens bien portants, la valeur diagnostique est insignifiante et son importance pronostique nulle.

II. — Rosenbach réfute les assertions de ses contradicteurs : Salchow-ki (*R. S. M.*, XXXIV, 443), Ewald (*R. S. M.*, XXXV, 441) et Abraham (V. plus haut); il assure que s'ils sont arrivés à des conclusions différentes des siennes, c'est qu'ils se sont placés dans des conditions d'observation différentes et n'ont pas eu affaire à la véritable réaction rouge vineux de l'urine.

Pour faciliter l'appréciation de la teinte caractéristique, il recommande le procédé suivant : Une fois la réaction obtenue, on laisse refroidir l'urine, après quoi on l'agite avec quelques centimètres cubes d'éther. Cet éther forme à la partie supérieure de l'éprouvette un anneau rouge plus ou moins foncé, nettement distinct de la colonne liquide sous-jacente, qui est rouge brun. Si la coloration rouge manque soit dans

l'anneau, soit dans la colonne, il n'y a pas à tenir compte de la réaction chromogène.

Contre Salkowski, Rosenbach maintient que sa réaction résulte de l'association de deux matières colorantes : l'une rouge bleuâtre et l'autre brune, qui n'ont pas encore été décrites. Il ne s'agit pas, en effet, de la matière colorante normale de l'urine, qui est insoluble dans l'éther et détruite par les alcalis, c'est-à-dire a des propriétés précisément inverses de celles de la matière colorante de Rosenbach.

Rosin (*Centralblat. f. klin. Med.*, 1889, n° 29) a, en outre, montré que dans l'urine décolorée par l'acétate de plomb, l'addition d'acide nitrique ne permet plus d'obtenir la coloration rouge et chromogène ordinaire, tandis qu'elle fournit encore la réaction de Rosenbach dans les urines qui en contiennent les éléments. Rosenbach ajoute encore que le plus ou moins de concentration des urines, autrement dit leur teneur plus ou moins considérable en matières colorantes normales, n'a aucune influence sur la production de la réaction qu'il a décrite : celle-ci peut s'observer dans des urines aqueuses et faire défaut dans des urines très chargées. Enfin la réaction de Rosenbach ne se produit que lentement, par une ébullition prolongée et l'addition d'acide, goutte par goutte ; mais elle persiste malgré un excès d'acide ; tandis que la matière colorante normale se décèle aussitôt qu'on fait bouillir l'urine et vire au jaune instantanément dès qu'on ajoute quelques gouttes d'acide en trop. Ce n'est pas non plus du scatol, qui ne se dissout pas dans l'éther. Pour Rosenbach, son chromogène se compose de deux éléments : 1° Du rouge d'indigo ; 2° D'un mélange brun constitué par du brun d'indigo, de l'urobiline et des produits nitrés du phéol.

A ses deux autres contradicteurs, Rosenbach répond que pour que sa réaction ait quelque valeur séméiologique, il faut qu'elle soit intense et constante. Il convient qu'elle peut subsister après l'amélioration de l'état général, sans que le pronostic soit nécessairement fatal ; néanmoins on fera bien de le réserver. D'autre part, elle peut disparaître à la suite d'une opération d'étranglement interne, sans que pour cela le malade soit sûrement sauvé, puisqu'il peut succomber à des complications pré-existantes, du côté du cœur ou des poumons par exemple.

Contrairement à Ewald, Rosenbach affirme qu'on peut constater sa réaction dans les affections du gros intestin, moins fréquemment, il est vrai, que dans celles du petit intestin, ce qui se comprend facilement. De plus, à l'inverse de ce que prétendent Ewald et Abraham, la privation des aliments albuminoïdes n'empêche nullement sa production, ce qui prouve qu'elle n'est pas sous la dépendance d'un dédoublement anormal de l'albumine dans l'intestin ; pour Rosenbach, son chromogène provient d'un dédoublement de l'albumine organique du sang et ne résulte pas de la résorption de produits intestinaux putrides.

A Abraham, Rosenbach répond que la couleur de sa réaction n'a aucune analogie avec celle que le baume de copahu confère à l'urine. Il nie qu'un individu parfaitement portant puisse offrir la réaction rouge vin, qui est toujours l'indice d'un trouble grave de la digestion, alors même qu'on ne la constate qu'une seule fois.

En résumé, d'après Rosenbach, sa réaction n'indique pas directement une affection organique, mais surtout une forme spéciale de décompo-

sition des substances albuminoïdes qui tient à ce que la résorption des albuminoïdes facilement combustibles et la sécrétion des glandes intestinales sont entravées.

La mousse rouge violet de l'urine agitée, notée d'une façon continue, a une signification pronostique grave, même en l'absence d'autres symptômes d'affections organiques.

J. B.

Zur klinischen Bedeutung der Diazo-Reaction, par L. RUETIMYER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 10, p. 306, 15 mai 1890).

Rütimeyer a recherché 2,750 fois la réaction d'Ehrlich (*R. S. M.*, XXII, 43; XXIV, 52 et 53) dans les urines de 260 malades atteints de diverses affections.

La réaction a toujours fait défaut dans l'hystérie (5 cas), la myélite (2 cas), l'hépatite syphilitique (2 cas), le diabète (1 cas), la cystite (7 cas), la pyélonéphrite (1 cas), les kystes bénins de l'ovaire (3 cas), la cholélithiasie (1 cas), et, fait important, dans les catarrhes intestinaux, fébriles ou apyrétiques (9 cas).

Il l'a constatée seulement dans la minorité des cas des affections suivantes : cancers de l'estomac et de l'œsophage (1 fois sur les 5), néphrites chroniques (1 fois sur les 7). Elle s'est montrée constante et intense dans un cas de tuberculose rénale suppurée avec phtisie pulmonaire. Dans le petit nombre de caries et d'abcès froids où on l'a rencontrée, elle a semblé plus en rapport avec l'état général qu'avec la gravité des phénomènes locaux. Elle existait dans l'un des 2 cas d'infection purulente, dans l'un des 3 de scarlatine, dans l'un des 4 de pleurésie séreuse, dans 2 des 5 affections organiques du cœur. Dans un cas de méningite tuberculeuse, où elle a été recherchée à quatre reprises, on ne l'a trouvée qu'une fois.

Les maladies où on la rencontre fréquemment sont d'abord la pneumonie franche (5 fois sur les 10) où elle ne paraît avoir aucune signification diagnostique ou pronostique. 4 fois Rütimeyer a noté aussi, à l'approche du jour critique, la réaction diazoïque primaire ou jaune d'œuf signalée également par Ehrlich.

Dans un cas d'actinomycoïse primitive du poumon, la réaction d'Ehrlich a été constatée 22 fois sur 28 essais; elle paraît y avoir une signification pronostique, plutôt grave; en tout cas, elle ne dépend pas de la fièvre.

8 des 9 cas de péritonite maligne (cancéreuse, sarcomateuse, tuberculeuse) l'ont présentée, et celui où elle manquait n'a été l'objet que d'un seul examen. Si les recherches ultérieures confirment cette quasi-constance de la réaction diazoïque dans les péritonites chroniques malignes, ce sera un précieux moyen diagnostique au début de la maladie.

La phtisie pulmonaire et la fièvre typhoïde sont les deux maladies pour lesquelles on ne constate plus la valeur clinique de la réaction diazoïque. De ses recherches sur 39 phtisiques, Rütimeyer conclut : L'absence durable de la réaction indique une évolution bénigne; son apparition passagère n'a pas d'importance; sa présence continue, surtout si elle est intense, est d'un pronostic fâcheux quant à la vie et permet de s'attendre à un dénouement fatal relativement rapide.

Dans la pleurésie purulente, la réaction a été constatée chez 5 malades sur 8 ; des 5, 4 étaient tuberculeux.

Elle existait également dans les 3 cas de tuberculose miliaire généralisée.

Dans la grippe, elle se montre irrégulièrement.

Enfin, pour la fièvre typhoïde (87 cas), Rüttimeyer est arrivé aux conclusions suivantes, conformes à celles d'Ehrlich et les complétant. La réaction diazoïque a une grande importance diagnostique dans la fièvre typhoïde ; car, avec l'hypertrophie de la rate et les taches rosées, elle constitue l'un des signes les plus constants et les plus précoces. Jamais cette réaction ne s'observe dans les simples catarrhes fébriles de l'intestin. Lorsqu'elle fait défaut dans le premier et le second septénaires d'une maladie ressemblant à la fièvre typhoïde, ou il y a erreur de diagnostic, ou il s'agit d'un cas tout à fait léger. Elle n'offre aucun rapport déterminé avec l'évolution de la fièvre ; elle n'est pas troublée par la médication (bains, thalline ou autres antipyrétiques) ; elle est en général aussi intense le matin que le soir. Quand elle cesse dès le second ou le troisième septénaire, c'est en général l'indice que l'apyrexie est proche et la maladie bénigne ; si, au contraire, elle persiste, il est probable que la fièvre se prolongera ou que la maladie sera grave. La réaction reparait quand il y a rechute. Rüttimeyer a constaté plusieurs fois la réaction diazoïque dès le 4^e jour de la fièvre typhoïde, ce qui ne veut pas dire qu'elle ne s'y rencontre pas plus tôt. (R. S. M., XXV, 204 et 438, XXVI, 447 et XXX, 442.)

J. B.

Ueber das Wesen der Alkaptonurie (Sur l'alcaptonurie), par L. WOLKOW et E. BAUMANN (*Zeitschrift für die physiologische Chemie*, XV, p. 228-286).

Le nom d'alcaptone a été donné par Bödeller à une substance contenue dans une urine diabétique et présentant à la fois un grand pouvoir réducteur pour les sels de cuivre et d'argent, mais non pour ceux de bismuth, et la propriété d'absorber énergiquement l'oxygène de l'air en présence des alcalis, pour donner une matière colorante brune ou noire ; cette alcaptone, qui du reste ne fut pas isolée à l'état de pureté, était infermentescible et donnait par le chlorure ferrique une coloration brun foncé.

L'alcaptone fut retrouvée en 1875 par Fürbringer (*Berl. klin Wochenschr.*, 1875, nos 23 et 24), puis par Ebstein et Müller (*Virchow's Arch.*, t. LXII, p. 554), qui l'envisagèrent comme identique avec la pyrocatechine ; cette hypothèse fut aussi adoptée par Salkowski et Leube (*Die Lehre von Harn*, Berlin, 1882, p. 146). Smith (*Dubl. Journ. of med. science*, 1882, I, p. 465) admit au contraire que l'alcaptone n'était autre que l'acide pyrocatechique. Kirk (*Brit. med. Journ.*, 1886, II, p. 1017) isole de certaines urines une substance cristallisée, qui présentait sensiblement les propriétés de l'alcaptone et qu'il appela *acide urrhodique* ; il reconnut plus tard (*Journ of anatomy and physiology*, 1889, XXIII, p. 69) que cet acide urrhodique était un mélange de plusieurs corps d'où il isola au moyen de la précipitation fractionnée par les sels plombiques un *acide uroleucique* $C^9H^{10}O^5$ en aiguilles fusibles à 133°, et une matière jaune amorphe, l'*acide uroxanthique*, qui présentait aussi les propriétés

de l'alcaptone. Enfin Marshall (*Am. Jour. Pharm.*, 1887, LIX, p. 131), de son côté, désigna sous le nom d'*acide glycosurique* une substance cristallisée, provenant d'une urine normale, et présentant aussi les propriétés de l'alcaptone. Il résulte des travaux dont on vient de résumer les indications que l'alcaptonurie a été rencontrée chez des malades divers, mais qu'on l'a aussi trouvée chez des gens sains de tous les âges; on ne doit pas l'envisager comme un phénomène morbide.

Les auteurs ont eu la bonne fortune de rencontrer un malade, entrant à l'hôpital à l'âge de 67 ans (pour un carcinome de la prostate), et qui présentait de l'alcaptonurie d'une façon continue depuis sa jeunesse. Les urines étaient faiblement acides et présentaient une coloration jaunepaille, avec une densité de 1,010 à 1,014; la quantité oscillait par vingt-quatre heures entre 1,500 et 2,000 centimètres cubes. Cette urine réduisait à froid le nitrate d'argent ammoniacal et la liqueur de Fehling à une température peu élevée; elle ne réduisait pas les sels de bismuth; elle subissait rapidement la fermentation ammoniacale et se colorait en brun en absorbant l'oxygène de l'air; elle était du reste obliquement inactive.

Pour isoler cette alcaptone, on opère comme il suit : L'urine des vingt-quatre heures est acidulée par 250 centimètres cubes d'acide sulfurique à 12 0/0 et épuisée à trois reprises par son volume d'éther; la solution éthérée fournit par la concentration un sirop brunâtre que l'on dissout dans 250 centimètres cubes d'eau; on fait bouillir la liqueur, on y ajoute 30 centimètres cubes d'acétate de plomb à 20 0/0 et on filtre bouillante. On obtient par refroidissement des cristaux prismatiques, solubles dans un excès d'eau et dans un excès d'acétate de plomb, que l'on recueille au bout de vingt-quatre heures. On réunit les composés plombiques ainsi préparés pendant plusieurs jours, on les met en suspension dans l'eau et on les décompose par l'hydrogène sulfuré.

On concentre au bain-marie le liquide ainsi obtenu jusqu'à ce qu'il commence à se colorer, on continue alors l'évaporation dans l'air à la température ordinaire. On obtient finalement de grands cristaux prismatiques ayant pour formule $C^6H^3(OH)^2_{(1.4)}(CH^2.CO^2H)_{(2)} + H^2O$. Ce corps est l'*acide homogentésique*; il se déshydrate dans l'air sec et fond à 147°. Sa solution aqueuse abandonnée à l'air se colore en brun; en présence des alcalis ou des carbonates alcalins, cette coloration se produit rapidement. L'acide homogentésique réduit à froid le nitrate d'argent ammoniacal; il réduit la liqueur de Fehling lentement à froid et rapidement à chaud; il est sans action sur les sels de bismuth; il donne avec le réactif de Millon une coloration jaune, puis un précipité jaune, amorphe, qui passe au rouge brique par la chaleur.

Les auteurs ont fait une étude complète de l'acide homogentésique au point de vue clinique : nous ne pouvons, pour cette partie de leur travail, que renvoyer au mémoire original.

On peut effectuer le dosage de l'acide homogentésique dans l'urine, en mesurant l'action réductrice qu'exerce cette urine sur une solution ammoniacale d'argent : à cet effet, 10 centimètres cubes d'urine sont filtrés et additionnés de 10 centimètres cubes d'ammoniaque concentré puis de quelques centimètres cubes d'une solution d'urine normale et de nitrate d'argent; au bout de cinq minutes, on ajoute cinq gouttes de chlorure de calcium et dix gouttes de carbonate d'ammoniaque; le pré-

cipité de carbonate de chaux englobe le dépôt d'argent réduit. On filtre, et on obtient un liquide clair auquel on ajoute de nouveau quelques gouttes de la solution titrée d'argent : s'il ne se produit pas de réduction notable, on essaie par l'acide chlorhydrique s'il reste de l'argent en solution, auquel cas on devra recommencer l'expérience avec une quantité moindre d'argent; si au contraire la seconde addition d'argent a été suivie d'une réduction, on devra recommencer l'essai avec une quantité d'argent plus considérable. Dans les conditions indiquées, un gramme d'acide homogentésique correspond à $2^{\text{gr}},60 - 2^{\text{gr}},65$ d'argent.

En appliquant cette méthode de dosage, on a trouvé que le malade alcaptonurique soumis à l'expérience éliminait en moyenne quatre grammes par jour d'acide homogentésique, c'est-à-dire que l'urine en renfermait 0,226 0/0. En réalité la quantité de cet acide qu'il est possible d'extraire de l'urine est moins considérable, parce que la méthode de préparation n'est pas quantitative et comporte plusieurs causes d'erreur.

L'alcaptonurie est sans aucune influence sur l'élimination des éthers phénol-sulfuriques des urines.

Quand à la provenance de l'acide homogentésique, il faut admettre qu'elle est due à la tyrosine, due elle-même au dédoublement des albuminoïdes. Les auteurs ont en effet vérifié que la tyrosine ingérée par leur malade apparaissait presque quantitativement dans l'urine à l'état d'acide homogentésique. Cette transformation même de la tyrosine en acide homogentésique n'est pas facile à concevoir, il paraît au premier abord en contradiction avec les lois de la transformation des substances aromatiques dans l'organisme. On est obligé pour l'interpréter de faire intervenir des transpositions moléculaires pour expliquer la migration de l'oxydyle phénolique de la tyrosine (acide β -*p*-oxyphénil- α -amido-propionique) et la transformation de ce composé en acide homogentésique (acide *o-m*-dioxyphénylacétique). Les auteurs admettent que cette transposition moléculaire est comparable dans une certaine mesure aux transformations isomériques qui se produisent dans certaines fermentations, telles par exemple que le dédoublement du glucose en acide lactique ($\text{C}_6\text{H}_{12}\text{O}_6 = 2\text{C}_3\text{H}_6\text{O}_3$). Cette remarque les a conduits à l'hypothèse que la formation de l'acide homogentésique serait due à un ferment figuré spécial vivant dans l'intestin; mais ils n'ont pu vérifier cette hypothèse : d'une part, les matières fécales de leur malade étaient exemptes d'acide homogentésique, et incapables à transformer la tyrosine en acide homogentésique; d'autre part, l'ingestion d'antiseptiques, tels que le salol, ne faisait pas disparaître l'alcaptonurie.

L'ingestion d'acide homogentésique donne aux urines une coloration noire, une réaction alcaline et la propriété de réduire la liqueur de Fehling et le nitrate d'argent ammoniacal. On retrouve une partie de l'acide homogentésique non transformé dans l'urine; une petite quantité apparaît également dans les matières fécales; mais en outre on trouve dans l'urine une substance particulière, qui n'a pu être analysée faute de matière, et qui paraît être une méthylhydroquinone. Cette expérience a été faite chez le chien, et on doit noter que cet animal ne serait aucunement influencé par cette absorption d'acide homogentésique. AD. F.

Ueber den Nachweis des Peptons und eine neue Art der quantitativen Eiweissbestimmung (Sur la recherche de la peptone et sur une nouvelle méthode de dosage de l'albumine), par L. DEVOTO (*Zeitschrift für physiologische Chemie* XV, p. 465).

La méthode proposée consiste à coaguler l'albumine, normale ou pathologique, à l'aide du sulfate d'ammonium et de la chaleur. On emploie 80 grammes de sulfate d'ammonium cristallisé pour 100 centimètres cubes de liquide, et sans se préoccuper de la réaction de la liqueur, on effectue la dissolution au bain-marie; on chauffe ensuite le tout dans de la vapeur à 100° pendant trente à quarante minutes pour achever la coagulation, puis on filtre, on lave, on sèche et on pèse le coagulum par les méthodes habituelles.

Les eaux mères du précipité albumineux servent à rechercher les peptones par la réaction dite du biuret (coloration violacée par le sulfate de cuivre et la potasse); on doit seulement s'assurer, à l'aide du ferrocyanure de potassium et de l'acide acétique, que la totalité de l'albumine a bien été précipitée.

La méthode est applicable à l'urine, dont les matières colorantes sont retenues dans le coagulum et ne gênent plus pour la recherche des peptones.

AD. F.

Qualitativer und quantitativer Nachweis von Iodsalzen in dem Harn (Recherche et dosage des iodures dans l'urine), par Ad. F. JOLLES (*Zeitschrift für analytische Chemie*, XXX, p. 288).

L'auteur utilise pour la recherche des iodures dans l'urine la décomposition de ces sels par le chlore: on opère sur 10 centimètres cubes d'urine; on la mélange avec son volume d'acide chlorhydrique et on y ajoute 2 à 3 gouttes d'eau de chlore: on voit apparaître une tache brune, qui passe au bleu par l'addition d'une solution d'amidon.

Pour le dosage on incinère, ou plutôt on se contente de carboniser 50 centimètres cubes d'urine, on reprend le charbon par l'eau acidulée d'acide nitrique, on filtre et on précipite par le nitrate d'argent. Le précipité de chlorure et d'iodure d'argent est lavé, séché, pesé, puis chauffé dans un courant de chlore d'après les méthodes habituelles: la perte de poids due à la transformation de l'iodure d'argent en chlorure permet de calculer la quantité d'iode contenue dans le précipité primitif. AD. F.

Ueber das Peptotoxin Brieger's (Sur la peptotoxine de Brieger), par E. SALKOWSKI (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIV, 3).

Salkowski a tenté de vérifier par une série d'expériences si la digestion de la fibrine à l'aide de la pepsine donne lieu à la base toxique dite *peptotoxine*. En faisant digérer de la fibrine dans du suc gastrique et en dissolvant l'extrait alcoolique dans l'eau, il a pu l'injecter sous la peau des grenouilles sans obtenir aucun effet toxique. En répétant ces essais de diverses façons, Salkowski est toujours arrivé à un résultat négatif, sauf dans le cas où il se servait d'une fibrine impure et altérée par la putréfaction.

D'autres expériences analogues faites avec de l'albumine de l'œuf, les albumines du sérum sanguin et de la viande lui ont donné des résultats

également négatifs. La viande de boucherie renferme des substances qui exercent une action toxique sur les grenouilles; mais si l'on débarrasse la viande de ces substances, on peut la faire digérer sans qu'elle donne lieu à la formation de produits toxiques. Si l'on prolonge la digestion au delà de 6 jours jusqu'après le développement des microorganismes, l'extrait injecté détermine l'empoisonnement de la grenouille.

En somme, l'albumine soumise à la digestion au moyen de la pepsine ne donne pas lieu à une substance soluble dans l'eau et dans l'alcool amylique. Il n'existe pas, en d'autres termes, de peptotoxine de Brieger.

ÉD. RETTERER.

Ueber die Bildung von Milchsäure und Glykose in den Organen bei gestörter Circulation und bei der Blausäurevergiftung (Formation d'acide lactique et de glucose dans les organes par arrêt de la circulation et par empoisonnement par l'acide cyanhydrique), par H. ZILLESSEN (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, XV, p. 347-405).

L'auteur a cherché à vérifier l'idée que le ralentissement ou la diminution des oxydations produit dans les organes une augmentation de l'acide lactique et du glucose, en empêchant la combustion de ces substances. La méthode qu'il a employée consiste à lier l'artère principale du membre sur lequel on opère, à recueillir l'urine émise par l'animal pendant les quelques heures qui suivent la ligature de l'artère, enfin à supprimer la ligature et recueillir au même moment le sang veineux du membre en expérience.

Il a opéré sur le chien (patte de derrière et foie) et sur le lapin (foie), et a constaté dans tous les cas une augmentation notable du glucose et de l'acide lactique, soit dans le sang veineux (patte), soit dans l'urine (foie).

Il a observé en outre l'augmentation constante des mêmes substances dans le sang et dans l'urine, à la suite de l'empoisonnement par l'acide prussique à doses très faibles et répétées; en outre, on remarque fréquemment chez les animaux ainsi intoxiqués une albuminurie qui n'est pas constante : ces dernières expériences ont été faites sur le lapin.

L'augmentation de l'acide lactique entraîne une diminution de l'alcalinité du sang.

AD. F.

Ueber die Bildung von Milchsäure und Glycose im Organismus bei Sauerstoffmangel (Formation d'acide lactique et de glucose dans l'organisme, par défaut d'oxygène), par Trasaburo ARAKI (*Zeitschrift für physiol. Chemie*, XV, p. 335-370).

La meilleure méthode de dosage de l'acide lactique dans un liquide d'origine animale est la suivante, proposée par Drechsel : Le liquide est évaporé à sec au bain-marie et repris par l'alcool; l'extrait alcoolique évaporé à sec est alcalinisé par la baryte, et épuisé par l'éther pour enlever les graisses; on acidule alors par l'acide phosphorique et on épuise à cinq reprises par l'éther; l'éther est soigneusement décanté, abandonné à lui-même pendant vingt-quatre heures dans un flacon bien sec, de façon à ce que les traces d'humidité qu'il renferme encore en suspension viennent adhérer aux parois du vase; on décante ensuite de nouveau, on

chasse l'éther par distillation et on reprend le résidu par l'eau. La solution aqueuse est évaporée au bain-marie pour chasser les acides volatils, puis filtrée et traitée à l'ébullition par le carbonate de zinc : on n'a plus qu'à filtrer chaud et à concentrer à cristallisation pour obtenir le lactate de zinc sensiblement pur.

Pour étudier l'action de la privation d'oxygène sur les animaux, l'auteur enfermait l'animal en expérience dans une sorte de caisse fermée, où il absorbait l'acide carbonique produit au moyen d'un dispositif analogue à celui qu'a employé Regnault dans ses recherches cliniques : au lieu de restituer à l'animal de l'oxygène en volume égal à celui de l'acide carbonique enlevé, on lui fournissait soit de l'air, soit de l'oxyde de carbone.

Voici les conclusions auxquelles est parvenu Araki :

Les animaux (chiens, lapins, poulets) parfaitement sains et bien nourris, qui respirent dans une atmosphère pauvre en oxygène, rendent pendant l'expérience des urines qui renferment de l'acide lactique, du glucose et de l'albumine; ces substances font défaut dans l'urine avant et après l'expérience. Dans les cas où l'animal est mort pendant l'expérience, on a trouvé dans le sang du glucose et de l'acide lactique. Si les animaux employés étaient malades ou en état d'inanition, on trouvait dans l'urine de l'acide lactique et de l'albumine, mais pas de glucose.

Les animaux soumis à l'intoxication graduelle par l'oxyde de carbone se comportent (au point de vue de la composition des urines) exactement comme les animaux graduellement privés d'oxygène.

L'empoisonnement par le curare suivi de la respiration artificielle diminue chez le chien la sécrétion urinaire : on trouve dans le sang de cet animal de l'acide lactique et du glucose. Mêmes résultats avec la grenouille.

L'empoisonnement par la strychnine fait apparaître dans l'urine, chez la grenouille, le glucose et l'acide lactique.

Les urines d'épileptiques, émises immédiatement après l'accès, renferment de l'albumine et de l'acide lactique, mais pas de glucose.

AD. F.

Ueber die Ausscheidungsverhältnisse des Eisens (Elimination du fer), par R. GOTTLIEB (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, p. 371).

Après avoir pratiqué chez le chien une injection sous-cutanée de tartrate ferrico-sodique, l'auteur a observé que la teneur en fer des matières fécales de l'animal est notablement augmentée; elle est doublée pendant les neuf jours qui suivent l'injection et reste encore supérieure à la normale pendant les trois semaines suivantes. Au bout de ce temps, la quantité de fer (excédant la normale) éliminée par les matières fécales est sensiblement égale à la quantité injectée.

Avec des injections intra-veineuses de fer, on observe sensiblement les mêmes résultats. On remarque en outre, en sacrifiant les animaux peu de temps après l'injection et en analysant leurs organes, qu'une partie du fer, variable avec l'animal, se retrouve, partie dans le contenu intestinal, partie dans la paroi intestinale; la majeure partie du métal se retrouve dans le foie, tandis que la bile n'en contient que des traces.

L'auteur admet à la suite de ces expériences que le fer introduit dans le torrent circulatoire s'emmagasiné dans le foie pour être ensuite peu à peu restitué au sang; l'épithélium intestinal aurait la propriété de s'emparer à son tour de ce fer et de le déverser dans le contenu intestinal.

AD. F.

Ueber das Vorkommen von Mukoidsstoffen in Ascitesflüssigkeiten (Sur la présence de substances mucoïdes dans le liquide de l'ascite), par Olof HAMMARSTEN (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, XV, p. 202-228).

L'auteur a eu à analyser des liquides provenant de ponctions faites à des malades présentant de l'ascite et atteints de cirrhose hépatique d'origine alcoolique ou syphilitique, ou de tuberculose péritonéale. Dans les 6 cas examinés, les liquides présentaient à peu près les mêmes propriétés. C'étaient des liquides opalescents, d'un jaune clair légèrement verdâtre, ne renfermant pas de glycogène, donnant par la coagulation spontanée une trace de fibrine, et restant opalescents, même après cette coagulation et après filtrations répétées. Ces liquides donnent de 2 à 3 0/0 de résidu sec. Ils renferment deux matières spéciales, la *mucoïde* et la *mucinalbumose*, ainsi que des substances réductrices, dont une au moins est fermentescible et donne avec la phénylhydrazine une combinaison fusible à 203°.

On peut isoler la mucoïde et la mucinalbumose en opérant comme il suit: Le liquide est neutralisé par l'acide acétique, concentré au bain-marie filtré pour séparer une petite quantité d'albumine qui se dépose, puis précipité par l'alcool. Le précipité est exprimé, redissous dans l'eau et reprécipité par l'alcool; on le dissout ensuite une dernière fois dans l'eau et on soumet la solution à la dialyse jusqu'à élimination complète des sels et notamment des chlorures. On n'a plus qu'à aciduler par l'acide acétique pour précipiter la mucoïde, dont on achève la purification par lavage à l'eau, dissolution dans une trace d'alcali et précipitation par l'acide acétique.

Les eaux mères acétiques de la mucoïde, neutralisées exactement et concentrées au bain-marie, fournissent par l'alcool un précipité de mucinalbumose, qu'on purifie par lavage à l'alcool, dissolution dans l'eau, dialyse de la liqueur et précipitation par l'alcool.

La *mucoïde* est une poudre blanchâtre, insoluble dans l'eau, soluble dans une trace d'alcali en donnant une liqueur à réaction neutre ou même acidule, incoagulable par la chaleur. La solution donne par l'acide acétique un précipité soluble dans un grand excès d'acide: pour une solution à 1 0/0 de mucoïde, il faut ajouter 2,3 0/0 d'acide pour redissoudre le précipité; la solution acétique donne par le ferrocyanure de potassium une poudre soluble dans un excès de ferrocyanure.

En présence d'acétate de sodium, la solution de mucoïde n'est pas précipitée par l'acide acétique, mais bien par un mélange d'acide acétique et de tannin.

La solution (alcaline) de mucoïde donne par l'acide chlorhydrique un précipité soluble dans le plus léger excès de réactif. Elle présente encore les réactions suivantes: chlorure mercurique, rien; iodomercure de potassium, rien; iodomercure de potassium et acide chlorhydrique, précipité floconneux; sulfate de cuivre, rien; chlorure ferrique,

précipité soluble dans un excès de réactif; acétate de plomb, précipité soluble dans un excès de réactif.

La mucoïde donne les réactions xanthoprotéique, de Millon, d'Adamkiewicz, du biuret. Soumise à l'ébullition avec de l'acide chlorhydrique à 2 0/0 elle donne naissance à des matières réductrices.

Enfin sa composition est la suivante : C=51,40, H=6,80, Az=13,01.

La *mucinalbumose* est une poudre blanche très soluble dans l'eau. La solution aqueuse, incoagulable par la chaleur, présente les réactions suivantes : acide acétique, rien, même en présence de ferrocyanure de potassium; acide chlorhydrique, rien, même en présence de ferrocyanure; chlore mercurique, rien; iodomercurate de potassium, rien; iodomercurate et acide chlorhydrique, trouble léger; sulfate de cuivre, rien; chlorure ferrique, précipité floconneux abondant; acétate de plomb, rien; sous-acétate de plomb, précipité floconneux, volumineux, soluble dans un excès de réactif.

La *mucinalbumose* donne les réactions xanthoprotéique, du biuret, de Millon, d'Adamkiewicz. Soumise à l'ébullition avec de l'acide chlorhydrique à 2 0/0, elle donne naissance à des matières réductrices.

Elle n'est pas précipitée de ses solutions par le chlorure de sodium solide, même en présence de l'acide acétique; elle est au contraire précipitée par le sulfate d'ammonium en poudre.

Enfin sa composition est la suivante : C=49,79, H=6,96, Az=11,42.

On peut doser approximativement le mélange de mucoïde et de *mucinalbumose*, dans un liquide d'ascite, en opérant comme il suit : On élimine l'albumine par l'ébullition du liquide en présence de quelques gouttes d'acide acétique; on filtre; on neutralise exactement, on concentre au bain-marie et on précipite par l'alcool. On lave le précipité à l'alcool et à l'éther, on le sèche, on le pèse et on l'incinère.

Voici par exemple, le résultat d'une analyse ainsi effectuée :

Eau.	86, 147 0/0	
Substances mucoïdes	0, 118 —	
Sels.	0, 867 —	
Substances réductrices (calculées en glucoses)	0, 043 —	
Albuminoïdes	1, 997 —	AD. F.

Ueber Spermin, par A. Pöhl (Berichte der Deutschen chemischen Gesellschaft, XXIV, p. 359).

L'auteur a repris l'étude de la spermine, isolée en 1878 par P. Schreiner, et dont le phosphate avait été décrit antérieurement sous le nom de *cristaux de Charcot*. Il confirme l'exactitude des résultats obtenus par Schreiner, à l'exception de la formule de cette base, qui serait C¹⁰H²⁶ Az⁴ et non C²H⁵ Az.

AD. F.

Nouvelles recherches chimiques et biologiques sur les toxines contenues dans les crachats et les viscères des tuberculeux, par E. Bonardi (Rivista generale italiana di Clinica medica, n° 8-9, p. 193, 1891).

L'injection sous-cutanée de 8 à 10 gouttes des extraits éthyliques et glycerinés, chez la grenouille, a déterminé, au bout de quelques minutes, l'apparition de convulsions tétaniques, de spasmes respiratoires suivis

d'affaiblissement graduel de la respiration et de mydriase ; la mort est survenue au bout de 1 à 2 heures avec arrêt diastolique du cœur. Après l'injection d'une moindre quantité d'extrait (3 à 4 gouttes), l'animal entre en léthargie, les convulsions ne se manifestent que tardivement et la mort survient au bout de quelques heures.

L'extrait amylique est moins actif et doit être employé en quantité triple ou quadruple pour amener les mêmes effets.

Bonardi a répété ses expériences sur les cobayes sains et tuberculeux. Il n'a pas observé de différence entre l'action des extraits des crachats et de ceux des viscères. En général, 1/2 à 1 centimètre cube d'extrait éthylique et glyciné détermine la mort en peu d'heures avec phénomènes de collapsus, paralysie flaccide des membres, fréquence du pouls et de la respiration, abaissement considérable de la température. Quelquefois la mort est survenue pour ainsi dire instantanément, comme si l'on avait piqué le nœud vital.

À l'autopsie, on trouve une hyperémie considérable de l'intestin, spécialement de la partie terminale de l'intestin grêle et du cœcum, du ramollissement du foie, l'hyperémie des organes génitaux, l'avortement et la rupture de l'utérus chez les chèvres gravides, un sang noir, peu coagulable, très altéré.

Par l'injection de doses petites, mais progressivement croissantes (1 à 10 gouttes par jour), l'animal devient somnolent, refuse la nourriture, a le poil hérissé, le pouls et la respiration irréguliers, et la température abaissée de 1 à 3 degrés au-dessous de la normale ; il dépérit rapidement et meurt dans le marasme, au bout de 5 à 10 jours ; à l'autopsie, mêmes lésions.

Chez les cobayes rendus auparavant tuberculeux, l'injection de ces divers extraits n'a pas paru apporter une amélioration sensible.

L'injection n'a pas paru non plus conférer aux cobayes sains une plus grande résistance à l'infection tuberculeuse.

Les lapins sont plus réfractaires à l'empoisonnement ; il faut chez eux employer 2 à 2 centimètres cubes et demi d'extrait pour amener la mort en 10 à 12 heures.

Les chiens sont presque entièrement réfractaires ; chez eux, 4 centimètres cubes d'extrait ne déterminent qu'une légère somnolence, de l'inappétence, de l'abaissement thermique, de la mydriase, l'érection.

Enfin, Bonardi s'est injecté sous la peau de la cuisse une première fois 1 centigramme, une seconde 3, et une troisième 10 centigrammes d'extrait glyciné ; il n'a éprouvé qu'un peu de céphalée, un sentiment de nausée, quelques irrégularités du pouls.

Le sang était toujours très altéré, surtout chez les chèvres. G. LYON.

Ueber ein Alkaloid der Tuberkelbacillen, par ZUELZER (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 4, p. 98, 26 janvier 1891).

Zuelzer a retiré des bacilles tuberculeux un alcaloïde dont le chlorhydrate détermine les effets pathogènes suivants chez les lapins et les cobayes :

L'injection sous-cutanée de petites quantités (1 centigramme au moins) provoque, après 3 ou 5 minutes, une augmentation constante de la fré-

quence des mouvements respiratoires, dont le nombre peut atteindre 180 par minute. Cette respiration fréquente dure un quart d'heure, puis disparaît peu à peu.

En même temps la température s'élève de 0,5 à 2°; les globes oculaires deviennent très proéminents, les yeux extrêmement brillants; l'exophtalmie est plus marquée du côté de l'injection. Au bout de 15 ou 20 minutes ces phénomènes rétrocedent.

Seuls, 3 lapins auxquels on avait injecté des quantités plus considérables (2 ou 3 centigr.) ont succombé du 2° au 4° jour.

Le foyer de l'injection était rouge et parsemé d'hémorragies; la muqueuse de l'estomac et celle de la partie supérieure de l'intestin grêle offraient aussi de petites hémorragies. Léger épanchement séreux dans le péritoine; cerveau congestionné.

L'introduction du toxique dans le sac conjonctival est suivie de phénomènes à peu près identiques.

J. B.

Ueber den Gehalt an anorganischen Stoffen, besonders an Kalk... (Teneur en substances inorganiques et particulièrement en chaux, des organes et des os des enfants normaux et rachitiques), par H. BRUBACHER (*Zeitschrift für Biologie*, IX, p. 517; 1890).

A mesure que l'on avance en âge, le squelette s'appauvrit en eau et s'enrichit en cendres. Pour l'ensemble des parties molles, il y a diminution d'eau et aussi de substances inorganiques, à mesure que se fait la croissance, particulièrement dans les muscles, la peau, les viscères. Les composés calcaires et ferrugineux peu solubles diminuent, en général, comme la totalité des cendres; la teneur en acide phosphorique, seule, augmente; il en est ainsi chez l'homme. Chez le chien, E. Voit a observé des faits un peu différents. Les cartilages et les os spongieux se comportent comme les parties molles, c'est-à-dire qu'il y a perte d'eau et de cendres. Mais l'accroissement des os en parties minérales compense et au delà la perte des parties molles, de sorte que, somme toute, il y a, avec la croissance, une augmentation relative et une augmentation absolue des matières minérales. Ces substances sont d'ailleurs plus nécessaires pendant la croissance que chez l'adulte. Le nourrisson a besoin quotidiennement de 0 gr. 32 de chaux; l'adulte moins. Ainsi un chien de 3 kil. 8 avait seulement besoin de 0,043 de chaux.

Ces conditions sont troublées chez les enfants rachitiques. L'auteur fournit, à cet égard, des analyses nombreuses.

DASTRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Traité pratique d'histologie pathologique, par O. ISRAEL, traduit par Daniel CRITZMANN, annoté par Maurice LETULLE (135 figures. Paris, 1891).

Le livre d'Israël est un retour hardi vers des méthodes simples. Des-

tiné aux débutants, en même temps qu'aux chercheurs déjà rompus aux difficultés si grandes de la technique microscopique, ce traité devait réaliser, sous une forme concise, les pratiques actuellement en usage dans nos laboratoires. Or, si grâce aux méthodes compliquées des anatomo-pathologistes modernes, les préparations ont gagné en perfection, les résultats obtenus depuis longtemps déjà par les vieux maîtres, n'ont rien perdu de leurs vérités. La pathologie cellulaire de Virchow, les remarquables découvertes de Robin, ont été édifiées avec des moyens jugés malheureusement trop simples par des élèves devenus à leur tour des maîtres. Il ne faudrait cependant pas oublier que plus une méthode de recherches biologiques est compliquée, plus aussi les causes d'erreurs deviennent nombreuses. Les liquides fixateurs ne sont point sans exercer une certaine influence délétère sur la topographie et la morphologie des éléments. Dans l'alcool, les graisses se dissolvent à la longue, dans le liquide de Müller la teinte des éléments histologiques se modifie, sans compter que les cellules, si impressionnables aux réactifs de toute nature, voient leur forme, leur volume et souvent leur existence constitutive, se modifier profondément ; à telle enseigne que pour conclure il est nécessaire d'une forte éducation technique afin de pouvoir distinguer les artifices de préparation des modalités histologiques réelles.

Pour obvier à ces inconvénients, Israël, supposant avec raison que ceux qui se livrent aux études anatomo-pathologiques connaissent aussi bien que possible la structure normale des tissus, ne conseille presque que l'examen des pièces fraîches. De cette manière, comme le disent fort bien Letulle et Critzmann dans la préface du traité pratique d'histologie pathologique, on surprend les lésions dans leur aspect réel ; et, en effet, en anatomie pathologique, une pièce fraîche, bien examinée à l'œil nu et au microscope, donne des notions extrêmement suggestives ; et, lorsque les éléments ont été vus et scrutés dans leur aspect encore presque vivant, la technique par conservation et coloration viendra préciser les lésions examinées sans artifices.

La traduction de ce livre présentant à certains égards les qualités d'une œuvre de combat, devait être fort difficile ; rendre en français clair les conceptions et les descriptions quelquefois nébuleuses, des auteurs allemands est certainement une tâche ardue. Critzmann s'en est tiré à son honneur et nous tenons à l'en féliciter.

Quant à l'atlas des préparations colorées que Letulle oppose aux dessins des pièces fraîches d'Israël, il est au-dessus de tout éloge. Grâce à la compétence de Letulle, le lecteur aura les pièces sous les yeux et il pourra juger. Ce jugement, les auteurs peuvent l'attendre avec confiance.

RETTERER.

Studien zur pathologischen Anatomie der acuten Encephalitis, par FRIEDMANN
(*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank.*, XXI, 3, p. 836).

Dans un précédent travail, l'auteur s'était occupé de l'anatomie pathologique de l'encéphalite aiguë d'origine traumatique. Cette première étude était basée sur les données de l'expérimentation. Dans ce nouveau mémoire Friedmann étudie les caractères anatomo-pathologiques

de l'encéphalite spontanée, non traumatique, telle qu'elle se présente chez l'homme, en n'envisageant que les cas où le processus était circonscrit, donnant lieu à des foyers solitaires, et où il évoluait d'une façon bruyante. Friedmann a trouvé, dans les recueils de la littérature médicale, 13 cas qui rentrent dans cette catégorie d'encéphalite, et cette liste s'allonge de 4 cas observés par l'auteur, au total 17. Voici comment il caractérise le processus, qu'il compare à l'encéphalite expérimentale consécutive aux applications de caustiques ; au début, stade aigu, durant lequel, en l'espace de peu de jours, de deux ou trois semaines au plus, il se fait une production de grosses cellules épihélioides aux dépens des cellules fixes, accompagnées des autres manifestations de l'inflammation (hyperémie, tuméfaction des cylindraxes et des cellules de la névroglie, exsudation de cellules arrondies, néoformation de vaisseaux). Puis vient un second stade de plusieurs mois de durée, pendant lequel se manifeste une faible tendance à la résorption des produits morbides ; enfin un troisième et dernier stade est caractérisé par la formation d'un tissu scléreux à fibres fines, qui enserre dans sa masse les cellules épihélioides, et qui aboutit, après plusieurs années, à la cicatrisation du foyer inflammatoire. Dans son ensemble, le processus correspond à la forme aiguë non suppurée d'encéphalite, de la classification posée par Hayem.

RICKLIN.

Beiträge zur Kenntniss des Fasserlaufes... (Du trajet des fibres dans le pied du pédoncule et sur les rapports du corps genouillé interne avec l'écorce grise) par C. S. ZACHER (*Archiv für Psychiatrie*, XXII, 3, p. 588).

Les recherches de Zacher ont porté sur des cas de lésions cérébrales avec dégénérescence secondaire descendante. Elles ont fourni la confirmation de ce fait, constaté précédemment par d'autres investigateurs, que les fibres nerveuses issues des lobes temporaux et occipitaux, et qui se rendent à la protubérance, cheminent dans le quart externe du pédoncule ; dans le quart adjacent, situé plus en dedans, cheminent les fibres pyramidales. Dans le troisième quart, l'auteur a trouvé des fibres émanant du corps strié, des circonvolutions frontales postérieures et de la circonvolution centrale antérieure, lesquelles fibres traversent la capsule interne dans son tiers supérieur. Jusque-là les résultats constatés par l'auteur ne diffèrent pas sensiblement de ceux qu'avait annoncés Flechsig. Par contre, Zacher, en se fondant sur les résultats de ses nouvelles recherches, conteste que le quart interne du pied du pédoncule renferme des fibres émanant du lobe frontal et du noyau lenticulaire. Ce quart interne du pied du pédoncule est, en réalité, traversé par des fibres qui émanent de la région de l'insula ou de la base du noyau lenticulaire vont se perdre dans la partie supérieure de la protubérance.

D'autre part, Zacher avance que le corps genouillé interne entretient avec l'écorce du lobe temporal les mêmes rapports anatomiques que le corps genouillé externe avec certains territoires de l'écorce grise du lobe occipital. Le corps genouillé interne ferait, en somme, partie de l'appareil de l'audition, ainsi qu'on l'a prétendu.

Les lésions anatomiques constatées dans l'un des cas examinés par Zacher parlent en faveur de l'opinion de Wernicke, d'après laquelle le corps genouillé interne est relié à la première circonvolution temporale

et à la région de l'insula, par des fibres de la couronne rayonnante.

Une des observations (n° 1) de Zacher parle en faveur de l'assertion émise par Monakow, entre autres, d'après laquelle les lésions de certains territoires de l'écorce du lobe occipital (le coin, la 1^{re} circonvolution occipitale) entraînent la dégénérescence du corps genouillé externe, du pulvinar et du tubercule quadrijumeau antérieur. Dans une autre observation (n° 2) de l'auteur, les territoires corticaux en question aussi bien que le corps genouillé externe étaient intacts.

Chez les sujets des deux premières observations, on a noté de l'amnésie verbale. Chez le n° 1, il y avait en outre de la paraphasie, une aphasie optique avec hémianopsie droite. Chez le sujet n° 2, ces manifestations faisaient défaut. De là, l'auteur arrive à conclure que chez le premier sujet, l'interruption des voies qui relie le centre de la vision au centre du langage est devenue complète par la raison que cette interruption intéressait les fibres qui s'étendent du lobe occipital aux premières et deuxième circonvolutions frontales,

Une autre particularité intéressante est relative à l'intégrité du corps genouillé externe et de l'écorce grise, chez le sujet de la seconde observation; donc, chez lui, l'amnésie verbale était en rapport avec des lésions qui intéressaient exclusivement les conducteurs. E. RICKLIN.

Sur l'histologie pathologique de la névroglie, par C. WEIGERT (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, n° 23, 1^{er} novembre 1890).

Weigert n'admet pas la division tranchée que l'on a voulu établir entre les scléroses névrogliques et conjonctives; il a constaté que la sclérose névroglique n'a rien de réellement caractéristique pour la maladie de Friedreich. Il l'a vue dans le tabes commun, dans la sclérose en plaques, la sclérose latérale amyotrophique, etc.

Le processus de l'hyperplasie névroglique est toujours identique dans toutes les maladies du système nerveux. Il n'est jamais primitif. Il ne se montre que secondairement à l'atrophie ou à la disparition des éléments nerveux et représente alors un processus de remplissage. La lésion nerveuse est variable, tantôt c'est une faible résistance des éléments nerveux, congénitale, tantôt l'interruption des fibres nerveuses avec leur centre trophique, tantôt une atrophie par nutrition insuffisante (lésions vasculaires), tantôt une atrophie toxique (ergotine, syphilis, etc.).

La sclérose névroglique, une fois constituée, ne rétrocede pas, sinon par le processus de l'ischémie. Dans ces conditions intervient alors la sclérose conjonctive. Elle se montre encore dans les cas où la perte de substance nerveuse est trop considérable, et chez les sujets âgés où la névroglie ne peut plus lutter avec avantage contre le tissu conjonctif. C'est l'âge qui explique sans doute les différences que l'on constate entre les lésions du tabes commun et du tabes héréditaire.

La sclérose conjonctive peut intervenir aussi primitivement par l'intermédiaire des lésions des vaisseaux.

La loi générale qui règle l'hyperplasie névroglique s'applique aussi à la substance grise de la moelle, à l'écorce cérébelleuse et centrale. Mais la gliose, sclérose conjonctive, ne saurait ici être regardée pas plus qu'ail-

leurs comme primitive. Les lésions décrites par Charlin dans l'épilepsie se retrouvent pas chez les vieillards et sont dues à une altération des éléments nerveux.

Weigert n'a pu trouver de fibres de la névroglie dans deux gliomes (atrophie par ischémie ou insuffisance de la méthode colorante), mais par contre en a constaté dans deux autres, disposés irrégulièrement.

La formation de cavités centrales dans la moelle est-elle d'origine gliomateuse? Il ne pense pas que la constatation d'une prolifération névroglique très abondante autour de la cavité en soit une preuve décisive. Elle s'explique en effet très facilement en se reportant aux données qui précèdent.

P. TISSIER.

Trajet des voies afférentes de la moelle épinière étudié par la méthode des dégénérescences, par R. ODDI et U. ROSSI (*Arch. ital. de biologie, XV, p. 296, et Lo Sperimentale, XLV, fasc. 1*).

Voici les conclusions de ce travail :

1° Toutes les fibres des racines postérieures, entrées par la corne postérieure, doivent se mettre en relation avec les cellules et les fibres de la substance grise (Betcherew), excepté peut-être d'un petit faisceau qui se dirigeait directement vers le cordon postérieur du même côté (Edinger).

2° Les cellules de la corne postérieure ainsi que les fibres radiculaires postérieures fournissent des fibres qui prennent les directions suivantes :

a) Les unes, après un court trajet, atteignent le cordon postérieur du même côté, le faisceau de Burdach, et dans les plus élevées le faisceau de Goll.

b) Les autres vont au cordon latéral, à sa partie postérieure et périphérique.

c) D'autres vont vers la commissure grise postérieure et de là vers le cordon postérieur opposé.

d) D'autres encore traversent la corne antérieure et vont au cordon antérieur.

e) Les dernières forment un faisceau notable vers la commissure antérieure et passent au cordon antéro-latéral du côté opposé.

3° Les mêmes cellules de la corne postérieure et les fibres radiculaires donnent des fibres qui se replient en bas. A la partie inférieure de la moelle, elles vont aux cordons postérieur et latéral. Aux régions élevées (cervicales), elles vont surtout aux cordons antérieurs, peu aux cordons postérieur et latéral du même côté.

4° Le centre trophique des racines postérieures est le ganglion intervertébral très probablement. Le centre des cordons qui reçoivent les fibres de la corne postérieure réside probablement dans la cellule même de la corne.

Les voies afférentes sont très disséminées dans la moelle épinière. Quand une impression sensitive arrive à la moelle, elle est conduite au cerveau par des fibres ascendantes, et par des fibres descendantes aux portions de la moelle qui doivent ensuite exécuter la réaction d'impulsion, de telle sorte que ces parties sont mises par avance, avant l'arrivée de

l'influx volontaire, dans l'état d'éréthisme nécessaire pour l'exécution régulière de l'acte réactionnel et avec le moindre temps possible d'excitation latente.

DASTRE.

Veränderungen des Nervensystems nach Amputationen (Altérations du système nerveux consécutives aux amputations), par HOMÈN (*Ziegler's Beitræge z. path. Anat.*, VIII, 2, p. 304).

Sur des animaux jeunes amputés, on constate, après plusieurs mois, une hémiatrophie de la région correspondante de la moelle, avec diminution notable du nombre des cellules motrices. Les nerfs périphériques sont diminués de volume et on y voit sur la coupe des points où les tubes nerveux à myéline ont disparu et où on ne trouve plus que des fibres très fines sans myéline. Dans les ganglions rachidiens, les altérations sont analogues à celles des nerfs périphériques. Plus l'amputation est pratiquée près du tronc, plus les altérations sont prononcées. D'après Homèn, il faut rapporter ces altérations à un arrêt de développement consécutif à l'inactivité des parties séparées de l'organisme. L'altération des ganglions spinaux est une conséquence naturelle de celle des nerfs sensitifs. Elle est plus prononcée au pôle périphérique qu'au pôle central du ganglion; mais l'absence d'atrophie cellulaire et la présence de fibres dégénérées en ce dernier point prouvent qu'un certain nombre de fibres traversent le ganglion sans s'y arrêter.

C. LUZET.

I. — Sur la topographie des lésions spinales du tabes au début et sur la valeur systématique de ces lésions, par F. RAYMOND (*Revue de médecine*, 10 janvier 1891).

II. — Sur un cas de maladie de Friedreich (sclérose névroglique pure) suivie d'autopsie, par E. AUSCHER (*Soc. de biologie*, 26 juillet 1890).

III. — Note sur l'anatomie pathologique de Friedreich, par DEJERINE (*Ibidem*, 26 juillet 1890).

I. — Dans un cas de tabes dont le début remontait à dix-huit mois, il n'existait aucune altération macroscopique ou microscopique du côté des méninges. Les nerfs périphériques et les racines postérieures étaient saines également.

Toute la partie inférieure de la moelle, jusqu'à la septième paire dorsale, ne présentait aucune altération appréciable à l'œil nu; mais à partir de ce niveau jusqu'à la région cervicale moyenne, on découvrait, sur les coupes fraîches, un îlot gris, compris dans le faisceau postérieur du côté gauche, limité en dehors par la corne postérieure du côté gauche, et en dedans par la ligne qui sépare le faisceau postérieur en deux parties égales. A droite, dans la région du cordon postérieur, la teinte grise était à peine perceptible dans le segment dorsal, mais elle devenait très nette dans le segment cervical.

Après durcissement, on constatait que les premières traces d'une lésion du cordon de Burdach descendaient jusqu'à la dixième paire dorsale du côté gauche, tandis qu'elles remontaient jusqu'à l'entre-croisement des pyramides. Du côté droit, elles occupaient une étendue beaucoup plus limitée.

En somme, il s'agissait d'un tabes supérieur présentant, comme particularité, l'abolition du phénomène du genou avec intégrité de la région lombaire, contrairement à la théorie de Wetsphal. La sclérose médullaire n'atteignait pas, dans ce cas, la surface médullaire, il ne peut donc être question d'altération des méninges comme point de départ de la

maladie; celui-ci consistait dans une sclérose névroglique presque pure.

Raymond passe ensuite en revue les cas de tabes récents dans lesquels l'examen histologique a pu être pratiqué, et il montre que, pour n'être pas absolument identique dans tous les cas, la topographie de ces altérations offre cependant des traits communs d'une réelle importance; toujours les altérations intéressaient le centre du cordon postérieur sous la forme d'une traînée de sclérose qui allait habituellement en s'amincissant d'avant en arrière au début du processus; cette traînée n'atteignait pas le bord de la moelle. De même, elle était toujours séparée de la substance grise des cornes postérieures par une zone de substance blanche intacte. Presque toujours cette zone de sclérose intéressait exclusivement le faisceau de Burdach. Presque toujours on a constaté à certain niveau de la moelle, indépendamment de cette zone de sclérose traversant la partie moyenne des cordons postérieurs, une mince bandelette de sclérose, contiguë à la scissure médiane postérieure dans son tiers ou dans ses deux tiers antérieurs. Quelquefois cette bande médiane était reliée à la précédente par une strie oblique, le tout dessinant une M sur une section transversale du névraxe.

L'auteur partage enfin l'opinion de Flechsig, qui veut qu'au début de la maladie les lésions soient circonscrites à des systèmes de fibres qui présentent un développement embryogénique synchrone (une partie de la zone dite radiculaire moyenne et la zone médiane de Flechsig); en d'autres termes, le tabes dorsalis vrai est une affection systématique des centres nerveux.

C. GIRAudeau.

II. — Cas classique de maladie de Friedreich avec sclérose névroglique pure sans altérations vasculaires, intégrité des cordons postérieurs et état tout spécial des nerfs cutanés, caractérisé par la présence dans ces nerfs d'un nombre considérable de tubes nerveux embryonnaires.

III. — L'observation d'Auscher montre que les lésions des cordons latéraux ne font pas partie de la lésion fondamentale de la maladie de Friedreich, que dans la maladie de Friedreich les racines postérieures ne présentent pas d'altérations bien sensibles et que les nerfs périphériques offrent des lésions peu prononcées et très différentes de celles que l'on rencontre chez les tabétiques atteints de troubles de la sensibilité.

G. LION.

Beiträge zur Pathologie der Nerven und Muskeln (Contribution à la pathologie des nerfs et des muscles), par H. EICHHORST (*Arch. f. path. Anat.*, CXXV, 1).

Eichhorst relate un cas de *tabes dorsalis cervicalis* où faisait défaut le réflexe patellaire. Il s'agit d'une femme de 54 ans atteinte de tabes : la portion cervicale seule de la moelle épinière présentait les lésions caractéristiques, tandis que la portion lombaire et le segment inférieur de la portion dorsale n'étaient pas intéressés par la maladie. Malgré l'intégrité des cordons de la moelle épinière dans la région précitée, le réflexe patellaire n'existait pas pendant la vie. L'examen microscopique des nerfs cruraux montra l'existence d'une névrite très étendue : les tubes nerveux à myéline avaient diminué considérablement de nombre dans le nerf crural, et, à la place des tubes dégénérés, on voyait des amas de noyaux situés soit dans la gaine de Schwann, soit dans les intervalles des tubes. L'absence du réflexe patellaire doit donc dans ce cas être attribuée aux lésions des nerfs périphériques.

ED. RETTERER.

Beitrag zur Pathologie der Herzklappenfehler (Contribution à l'étude des maladies orificielles du cœur), par Ludolf KREHL (*D. Arch. f. klin. Med., Band XLVI, p. 454*).

Krehl a étudié 8 cœurs d'individus morts d'affections cardiaques, à lésions orificielles. Le cœur a été divisé en petits cubes de 1 centimètre à 1^c,5. Des coupes microscopiques ont été pratiquées et examinées de loin en loin, à cette même distance. On pouvait ainsi se rendre compte de l'état du muscle cardiaque dans toute son étendue. L'examen a été fait après coloration par l'hématoxyline, l'éosine, le carmin aluminé.

Les lésions consistent, d'une part, en foyers d'infiltration embryonnaire ou de sclérose et en lésion des fibres musculaires. L'infiltration embryonnaire se montrait, dans une étendue assez faible, au-dessous du péricarde, et dans certains points, au-dessous de l'endocarde. Elles étaient marquées surtout au pourtour des vaisseaux, des artérioles. Ces artérioles présentaient souvent des signes évidents d'endopériartérite.

Certains de ces foyers étaient en voie d'organisation fibreuse : des cellules fusiformes et des faisceaux fibreux succédaient aux amas embryonnaires.

Les lésions des fibres musculaires étaient variables ; elles étaient surtout marquées dans les points où il y avait une véritable sclérose interstitielle du myocarde. Le noyau est gros et pâle, entouré d'une masse irrégulière de pigment brun et brillant. Le pigment est ainsi accumulé autour du noyau qu'il englobe. La fibre musculaire elle-même présentait un degré plus ou moins marqué de dégénérescence graisseuse. Par places, les faisceaux musculaires ont complètement disparu. Sur certains points, les noyaux sont énormes, très longs et étroits.

Les lésions scléreuses ne sont pas toujours groupées autour des vaisseaux. Il y a des foyers malades disséminés dans le myocarde : ils sont plus nombreux dans le cœur gauche que dans le cœur droit, très nombreux dans les muscles papillaires et les couches intérieures de la paroi antérieure et externe du ventricule gauche. Ils sont très étendus à la base du ventricule, au niveau de l'anneau auriculo-ventriculaire. Là ils occupent toute l'épaisseur de la paroi.

Ces lésions progressives jouent un rôle important dans la physiologie pathologique des lésions orificielles. La résistance du cœur est en raison inverse de leur étendue et de leur développement.

A. M.

Beiträge zur Lehre von den angeborenen Herzanomalien (Contributions à l'étude des anomalies cardiaques congénitales), par Hugo PREISZ (*Beiträge z. path. Anat., VII, 3, p. 245*).

L'auteur expose les résultats de l'étude anatomique de 17 cœurs ou aortes de nouveau-nés et d'embryons. Il les divise en : 1° absence complète de la cloison ventriculaire et absence de toute sa partie supérieure avec communications interauriculaires (cas 1 à 4) ; 2° coexistence de petites pertes de substance de toute la partie supérieure de la cloison ventriculaire avec autres anomalies (cas 5 et 6) ; 3° pertes de substance dans la partie antérieure de la cloison ventriculaire au-dessous de l'ori-

fice aortique, avec d'autres anomalies (cas 7 à 14) ; 4° persistance du tronc artériel commun avec pertes de substance de la partie antérieure de la cloison ventriculaire et autres anomalies (cas 15 à 17).

D'après Preisz, ces anomalies ne sont pas rares ; dans 7 cas elles coexistaient avec d'autres troubles de développement : grande ouverture diaphragmatique (cas 1), cœur dédoublé (cas 2), absence du radius gauche et ouverture diaphragmatique (cas 5), bec-de-lièvre, gueule de loup, scaphocéphalie par synostose prématurée de la suture coronale (cas 7), omphalocèle (cas 8), cyclopie (cas 11), transposition du cœur (cas 16).

Ce travail est accompagné d'un résumé des connaissances actuelles sur le développement du cœur et des arcs aortiques. C. LUZET.

Ueber Endothelwucherung in Arterien (De la prolifération endothéliale dans les artères), par PEKELHARING (*Ziegler's Beitræge z. path. Anat.*, VIII, 2, p. 245).

Dans un segment de vaisseau isolé par ligature, on voit se développer des proliférations endothéliales, abondantes quand le vaisseau est vide, espacées quand il est plein. Ces proliférations sont déjà notables au 7^e jour, elle commencent à s'organiser en tissu conjonctif au 10^e. Dans le vaisseau normal, il y a tendance constante à la prolifération endothéliale, qui n'est empêchée que par la pression. Il n'est donc pas besoin de faire intervenir une irritation comme l'entendait Virchow, mais seulement une disparition de résistance dans le sens de Weigert et de Cohnheim. Ce qui se passe dans l'aorte après la suppression de la circulation ombilicale (Thoma) en est aussi une preuve. C. LUZET.

Ueber Sklerose der Lungenarterie (De la sclérose de l'artère pulmonaire), par E. ROMBERG (*Deutsches Archiv f. klin. Med.*, Band XLVIII, p. 197, 1891).

Les cas de Tommasi Crudeli (1868) et de Wolfram (1883) ont trait à des anévrismes de l'artère pulmonaire. Celui de Klob (1865) et celui de Romberg sont des cas de sclérose de cette artère sans dilatation. Le diagnostic porté pendant la vie avait été celui de maladie congénitale du cœur en raison de la cyanose intense. Le cœur était dilaté, on entendait à la pointe un souffle doux systolique couvrant le premier bruit et à la fin de la systole un second souffle très aigu, que suivait immédiatement le second bruit ; ce dernier souffle seul se propageait, mais très nettement, le long de l'artère pulmonaire. Le second bruit pulmonaire était exagéré. Le malade, âgé de 24 ans, vigoureux, paraissait souffrir depuis un an environ. Il mourut en collapsus avec une température subnormale de 35°,5 à 34°,8. A l'autopsie on trouve le cœur dilaté surtout du côté du ventricule droit, qui est en même temps hypertrophié. Les valvules pulmonaires sont saines. L'artère pulmonaire est dilatée jusqu'à ses ramifications de second ordre ; à partir de là il existe un rétrécissement considérable de ses ramifications, la tunique interne est irrégulière, couverte de proéminences lisses ; au niveau du tronc dilaté les parois sont épaissies. Pas de lésions congénitales des cloisons du cœur.

C. LUZET.

Ueber Vorkommen und klinische Bedeutung... (De la présence et de l'importance clinique des cellules éosinophiles (Ehrlich) dans le sang humain en circulation), par H. F. MUELLER et H. RIEDER (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* XLIII, p. 96, 1891).

La présence de cellules blanches à grains éosinophiles ne prouve pas l'existence de la leucémie, même quand leur proportion relativement aux autres leucocytes est considérable. Chez l'individu sain cette proportion n'est même pas constante. L'enfant paraît avoir un sang plus riche en cellules éosinophiles que l'adulte. Dans la leucocytose on ne trouve dans les globules blancs que des éléments se rencontrant dans le sang normal, dans la leucémie on y rencontre une variété qu'on ne trouve pas à l'état normal, ce sont les cellules médullaires. Celles-ci sont des éléments dont le protoplasma renferme des granulations neutrophiles (gr. d'Ehrlich). Ces recherches ont été faites sur des préparations colorées par les procédés d'Ehrlich et la numération a été faite en inscrivant tous les globules blancs que l'on y trouvait, ce qui ne peut évidemment donner que des nombres proportionnels.

C. LUZET.

Versuche über die Neubildung quergestreifter Muskelfasern (Régénération des fibres musculaires striées), par F. ROBERT (*Ziegler's Beitræge, z. path. Anat.*, X, 2, 1891).

Aux points de lésion maxima, les noyaux musculaires se détruisent, les fibres disparaissent. Dans les fibres les moins atteintes, les noyaux se multiplient, sans mitose dans les points mal nourris, par karyokinèse dans les points à nutrition meilleure, et reproduisent, au moyen des corpuscules musculaires des auteurs, la fibre musculaire dans son intégrité. C'est le degré de la lésion et la marche du processus de guérison qui sont les causes de la prédominance finale du tissu musculaire ou du tissu conjonctif dans la cicatrice.

C. LUZET.

De la suppuration, par ROGER (*Rev. de chirurgie*, n° 12, p. 941, 1890).

La suppuration est un processus morbide qui ne se développe le plus souvent que si l'organisme cesse d'être en état de résister aux nombreux agents pyogènes qui l'assiègent de toutes parts.

Le processus de suppuration peut être favorisé soit par une altération locale, une lésion des tissus dans lesquels les microbes sont directement introduits : traumatismes, embolies, ligatures, etc. ; soit par une modification générale de l'organisme relevant d'une intoxication par des produits introduits accidentellement (hydrargyrisme, bromisme, etc.), ou formés dans l'organisme (surmenage, diabète, etc.), ou sécrétés par des microbes (putréfactions intestinales, maladies infectieuses, etc.).

La suppuration est dans tous les cas le résultat d'une réaction de l'organisme (diapédèse et karyokinèse) vis-à-vis de certaines matières irritantes, que ces matières soient ou non d'origine microbienne ; les causes de la suppuration sont donc multiples, le mécanisme est toujours le même.

Mais si la possibilité d'une suppuration aseptique est démontrée par de nombreuses expériences, le résultat n'a qu'un intérêt théorique : il permet d'expliquer ou d'entrevoir le mécanisme de la suppuration ; au

point de vue de la pratique médicale ou chirurgicale, on peut affirmer qu'il n'y a pas de pus sans microbes. Mais, point capital, la suppuration n'a rien de spécifique; il n'y a pas un microbe du pus; la plupart des bactéries peuvent, dans certaines circonstances, acquérir des propriétés pyogènes.

C. WALTHER.

Ueber entzündliche Leukocytose (De la leucocytose inflammatoire), par JOAS
(*Ziegler's Beitrage zur path. Anat.*, X, 3, p. 298).

Limsbeck (1889) pense que la leucocytose inflammatoire préexiste toujours à la formation de l'exsudat. Joas a constaté directement chez la grenouille que l'inflammation cause non pas une leucocytose primitive, mais bien tout d'abord un foyer d'émigration leucocytaire, que suit bientôt le développement de la leucocytose. Celle-ci pourrait être considérée comme l'expression d'une régénération des éléments figurés du sang, qui en a été privé par l'émigration.

C. LUZET.

Ueber Neubildung und Beschaffenheit der weissen Blutkörperchen (Néoformation et constitution des globules blancs du sang), par LOEWIT (*Ziegler's Beitrage z. path. Anat.*, X, 3, p. 213).

a) Néoformation des globules blancs. — Pour Löwit, les globules blancs et rouges qui naissent dans les organes hématopoiétiques conservent le mode de division spécial aux cellules dont ils sont issus. Les globules blancs comme les leucoblastes subissent la division directe (amitose). Chez l'écrevisse les globules blancs conservent ce type de division, mais quelquefois on observe les divisions en trois ou quatre au lieu de deux. Beaucoup de leucocytes de l'hémolymphe de l'écrevisse possèdent dans leur protoplasma des granulations jaunâtres, de volumes variables et d'aspect grasseux bien que ne se colorant pas en noir par l'osmium, lequel donne à leur protoplasma un aspect réticulé. Le noyau est toujours limité par une membrane à double contour appartenant soit au noyau, soit au protoplasma. Ces éléments se divisent toujours par amitose précédant soit par étranglement (sténose), soit par cloisonnement; dans ce dernier cas la sténose peut manquer ou exister. Quant à la distribution de la chromatine dans chacune des parties, elle est fort variable, en sorte que les cellules filles ont un noyau plus ou moins foncé.

b) De la division directe. Amitose. — A l'inverse de Flemming, de Ziegler, Löwit admet que l'amitose se rencontre dans les cellules douées d'une forte vitalité. Carnoy a d'ailleurs pu constater tous les intermédiaires entre les karyokinèses typiques et les divisions directes. Les progrès de la microchimie ont montré à Zacharias, à Schwartz, qu'à côté de la nucléine (chromatine) il existait encore une nucléoline (pyrénine); or les différences de structure du noyau des érythroblastes et des leucoblastes sont doublées par des différences de réaction microchimiques, les premiers étant formés de nucléine, les seconds de pyrénine. C'est encore la pyrénine que l'on trouve dans le noyau des globules blancs de l'écrevisse. Or l'expérience montre que la division par karyokinèse se voit dans les noyaux formés de nucléine et la division directe dans ceux où domine la pyrénine.

c) Nature du protoplasma cellulaire des cellules du sang de l'écrevisse.

— On y trouve des grains brillants constitués par une albuminoïde ressemblant à la globuline; de plus les réactions microchimiques y ont démontré la présence du fer. Löwit croit donc pouvoir considérer les cellules sanguines de l'écrevisse comme des glandes cellulaires formant de la globuline.

C. LUZET.

Untersuchungen über den Bau und die Entwicklungsgeschichte der Granulationsgewebe (Structure et développement du tissu de granulations), par NIKIFOROFF (*Ziegler's Beitræge z. path. Anat.*, VIII, 3, p. 400).

La plaie tend à la cicatrisation en partie par exsudation inflammatoire, en partie par prolifération du tissu et néoformation conjonctive. Cette néoformation n'est faite ni par les leucocytes, ni par les globules rouges, ni par la fibrine, mais seulement par la prolifération des cellules du tissu. Celles-ci prennent et digèrent les leucocytes de la plaie. C'est, en effet, dans ces seules cellules que l'on peut observer des mitoses. Le leucocyte dévoré est d'abord situé dans une vacuole, puis son noyau se dissout et ses restes deviennent de moins en moins distincts. S'il avait des grains éosinophiles, ils se dispersent dans le protoplasma et finissent par disparaître.

C. LUZET.

The nature and varieties of leucocyts (La nature et les variétés des leucocytes), par Lowell GULLAND (*Laboratory Reports of the, R. C. P. Ed.*, vol. III, p. 106, 1891).

Le leucocyte est un organisme unicellulaire, conservant au milieu des tissus des vertébrés les caractères d'un protozoaire, ayant une existence indépendante de celle de l'organisme qu'il habite, dont il vit et auquel en revanche il rend certains services. Quelle que soit leur forme, ils se divisent tous par mitose; mais on peut les classer en plusieurs ordres. Les cellules filles ou leucocytes jeunes occupent en grand nombre des centres germinatifs des ganglions décrits par Flemming, leur diamètre moyen est de 6 μ , leur protoplasma est clair ou finement granuleux, leur noyau est ordinairement rond, riche en chromatine, qui y domine un réseau très serré; ils sont peu amiboïdes; après avoir grandi ils peuvent, suivant les conditions où ils se trouvent, constituer des leucocytes stationnaires ou des leucocytes migrants. Les premiers occupent les glandes lymphatiques et y jouent le rôle de phagocytes de grandes dimensions (jusqu'à 30 et 40 μ), jamais on ne les voit dans le sang. Les seconds ont un seul noyau; mais, diversement ramifiés, ils sont fortement amiboïdes tant que cette ramification du noyau n'est pas extrême et se rencontrent dans tous les tissus. La présence d'un noyau où le réticule chromatique a disparu est l'indice de leur dégénérescence. Les formes variées du noyau ne seraient que le résultat de l'activité amiboïde du leucocyte et ne doivent pas être regardées comme des figures de division de la cellule.

C. LUZET.

Le alterazioni del sangue... (Les altérations du sang dans les infections expérimentales), par PERNICE et ALESSI (*La Sicilia medica*, III, fasc. 5, 6 et 7, 1891).

Toutes les infections expérimentales (charbon, fièvre typhoïde, cho-

léra, diphtérie, tétanos, tuberculose, pneumonie, staphylococcus aureus) donnent lieu à des lésions hématiques, que l'on retrouve même après l'inoculation de bactéries non pathogènes (*sarcina lutea*, *microc. prodigiosus*, *microc. flavus*). Les altérations morphologiques des globules rouges n'ont rien de constant, cependant le charbon chez le poulet détermine une déformation globuleuse des globules rouges. Le staphylocoque provoque la formation des plaques phlegmasiques d'Hayem. Mais la lésion la plus importante, c'est la leucocytose inflammatoire ainsi provoquée qui peut atteindre dans les cas graves et terminés par la mort les chiffres de 20,000 et de 30,000, et qui même, dans un cas (chienne infectée par le staphylocoque doré), a dépassé 200,000. La teneur du sang en hémoglobine subit en même temps une diminution constante et souvent considérable. L'existence de ces lésions chez des animaux réfractaires au charbon montre qu'il n'existe pas d'état réfractaire au sens absolu du mot; de même, les organismes dits non pathogènes provoquant des lésions hématiques, il est évident qu'on ne peut parler d'une façon absolue d'absence d'action pathogène; il n'y a là que des questions de degré.

C. LUZET.

Ueber die histologischen Vorgänge... (Des processus histologiques dans l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané provoquée par la térébenthine), par BARDENHEUER (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, X, 4, p. 394, 1891).

Le premier résultat de l'injection de térébenthine, c'est de provoquer une nécrose, probablement par l'action directe de cette substance sur les tissus. Dans les 16 à 18 heures suivantes, à une grande distance du territoire nécrosé, le tissu conjonctif se tuméfie et montre une multiplication de ses éléments cellulaires, pendant qu'au voisinage du foyer il se fait une infiltration purulente. A partir de la 26^e heure on note des mitoses dans les cellules du tissu conjonctif. Pendant le 2^e jour, les cellules conjonctives, irrégulièrement arrondies, finement granuleuses, quelquefois vacuolées avec gros noyau bien distinct de celui des leucocytes, continuent à se multiplier, tout en restant parfaitement distinctes des globules blancs; ceux-ci commencent à montrer des indices de dégénérescence. Dans les jours suivants (3^e, 4^e et 5^e), le nombre des cellules conjonctives augmente; elles prennent dans leurs corps cellulaires les débris des leucocytes, qui y forment des granulations chromatiques irrégulières. Puis il se forme un tissu jeune de cicatrice. Les cellules du tissu conjonctif ne prennent donc pas de part active à la production des cellules du pus, provenant par émigration des vaisseaux au pourtour du point nécrosé et se différenciant des autres éléments par leur configuration et leurs caractères fonctionnels. Rien ne démontre que les cellules de l'exsudat puissent se transformer en cellules du tissu conjonctif.

C. LUZET.

Zur Leukämie-Frage... (Leucémie. Contribution à la connaissance des cellules et des divisions cellulaires dans la moelle des os), par H. F. MUELLER (*Deutsches Archiv f. klin. Med.*, Band XLVIII, p. 47, 1891).

Chez un homme de 30 ans, atteint de leucémie mixte, l'auteur a trouvé dans le sang un nombre énorme de karyokinèses dans des éléments qu'il regarde comme incolores, mais qui, d'après la figure jointe à ce travail, paraissent bien constituer des cellules rouges. Quelques-uns

de ces éléments avaient même des signes de division en trois parties. La moelle du fémur examinée plus tard lui montra la présence de cellules en tout semblables à celles du sang leucémique et des grandes cellules à noyaux polymorphes, sur le mode de division desquelles il s'étend longuement. Il les fait provenir, comme Flemming, de la division nucléaire sans division du protoplasma des cellules médullaires sans graisse préexistantes. En outre des lésions leucémiques bien connues des viscères, il a noté la présence de grandes cellules dans la rate, les ganglions lymphatiques et le foie. Pour cet organe, les grandes cellules occupaient en abondance la lumière des capillaires, où elles semblaient avoir pris naissance par prolifération de l'endothélium. Müller semble donc avoir constaté chez l'adulte la réapparition de la fonction hématopoiétique fœtale du foie, comme Luzet l'avait constatée chez l'enfant d'un an. C. LUZET.

Ueber Vermehrungs-und Zerfallsvorgänge... (Des processus de multiplication et de destruction dans les grandes cellules de la rate en état de tuméfaction aiguë chez la souris blanche), par Karl HESS (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, VIII, 1, p. 221).

Pour déterminer une tuméfaction aiguë de la rate, Hess inocule du charbon à la souris. La rate est fixée dans un liquide chromo-osmio-acétique, ou mieux chromo-formique (Rabl) et les coupes sont colorées à l'hématoxyline de Delafield. Dans ces conditions on constate l'augmentation du nombre des grandes cellules de la rate. Cette multiplication se fait surtout par fragmentation indirecte simple ou multiple ; dans ce dernier cas on ne rencontre pas toujours dans toutes les parties de la cellule le même stade de segmentation. Un petit nombre se divisent par mitose multipolaire. Il existe entre la mitose multipolaire et la fragmentation indirecte des stades de passage. On trouve en outre des cellules en état de dégénérescence, pour la plupart desquelles on peut facilement reconnaître l'état dégénératif. C. LUZET.

Ueber Hyperplasie und Regeneration... (Sur l'hyperplasie et la régénération des éléments glandulaires sous le rapport de leurs aptitudes fonctionnelles), par G. MARTINOTTI (*Centralbl. für allg. Path. u. path. Anatomie*, n° 20, 15 septembre 1890).

Contrairement à d'autres tissus (fibres cardiaques, centres nerveux), les éléments glandulaires jouissent, comme les fibres nerveuses périphériques, d'un pouvoir de régénération complète. Si l'on enlève la presque totalité du pancréas en ne laissant que quelques lobules, au bout d'un certain temps on retrouve une masse glandulaire néoformée, relativement très grosse.

Mais l'histoire des adénomes montre qu'il peut y avoir multiplication des éléments glandulaires, ces éléments néoformés ne possédant plus les fonctions des cellules normales. Il faut donc s'assurer si la régénération structurale, anatomique, correspond à une régénération fonctionnelle, physiologique.

Martinotti expérimente sur le rein en s'appuyant sur les recherches d'Heidenhain (injection intra-veineuse d'indigo-sulfate de soude) et est arrivé à des résultats fort curieux. Lorsque la cellule néoformée est arrivée à l'état adulte, lorsqu'elle est en repos, elle fonctionne normalement ; mais toute cellule en activité, en voie de formation ou de division, présen-

tant des figures mitosiques, ne se colore pas, c'est-à-dire est dépourvue de ses aptitudes fonctionnelles normales.

Pour le foie, où il est facile de constater un bourgeonnement exubérant des canalicules biliaires, Martinotti n'a pu obtenir leur coloration en injectant du carmin d'indigo par la méthode de Chrzonszewski. Mais en raison des conditions particulièrement délicates de ces dernières recherches, il convient de rester encore dans le doute.

P. TISSIER.

Ueber das Vorkommen von Bakterien... (Présence de bactéries dans les reins dans les maladies infectieuses aiguës), par E. FAULHABER (*Ziegler's Beitræge z. path. Anat.*, X, 2).

Faulhaber a examiné 53 cas pouvant être groupés en 4 classes d'infections : par le diplococcus pneumoniae, par le bacillus pneumoniae, par le bacille typhique et par le streptocoque. Dans le premier groupe rentrent 29 pneumonies, 2 scarlatines, 1 péritonite avec début de pleurésie, 1 pleurésie avec broncho-pneumonie, 1 pleurésie bilatérale avec endométrite, 1 endocardite ulcéreuse. Le second contient deux cas, le troisième quatre, et le quatrième est constitué par 2 érysipèles, 1 gangrène, 2 phlegmons, 3 fièvres puerpérales, 1 péritonite, 1 variole hémorragique et 1 pleurésie.

Dans tous les cas, il a pu constater histologiquement la présence des bactéries dans le rein et 38 fois il put les cultiver. Dans les cas négatifs, il s'agissait 13 fois de diplococcus pneumoniae, 1 fois du bacillus pneumoniae et 1 fois du streptocoque. Dans la moitié des cas environ les bactéries du rein étaient très nombreuses, dans chacun des 2 autres quarts leur nombre était modéré ou petit. Les bactéries siégeaient dans les capillaires, dans les glomérules (sauf le bacille typhique), dans les autres vaisseaux; elles étaient rares dans les foyers de cellules rondes (absence du bacille typhique) et nombreuses dans les capsules glomérulaires et les canalicules.

Les lésions rénales peuvent se ramener aux suivantes : desquamation variable de l'épithélium glomérulaire, rarement dégénérescence hyaline des anses glomérulaires; tuméfaction trouble notable de l'épithélium labyrinthique atteignant, dans les cas graves, les anses d'Henle et les tubes droits. Accessoirement, présence de globules rouges et de cylindres dans les canalicules. Pour les lésions dégénératives, il est douteux si on doit les rapporter aux bactéries ou à leurs produits toxiques; mais les lésions inflammatoires sont sans contredit en relation avec l'invasion des bactéries dans le rein, car on y retrouve celles-ci en grandes quantités.

C. LUZET.

Die anämische Necrose der Nierenepithelien (La nécrose anémique des épithéliums des reins), par O. ISRAEL (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIII, 2).

Israel oblitère pendant quelques heures l'artère rénale du lapin à l'aide d'une pince à pression, puis il laisse la circulation se rétablir dans l'organe, qu'il extirpe ensuite dans un laps de temps variant de 24 heures à 6 jours. L'arrêt temporaire de la circulation se traduit par des troubles profonds de l'épithélium rénal. Au bout de 24 heures le noyau disparaît.

dans la cellule qui a conservé sa forme. En même temps on voit se produire un dépôt considérable de fibrine dans le tube urinaire.

Par places, on aperçoit des granules calcaires.

L'élimination et la coagulation de la fibrine sont la caractéristique de la nécrose par anémie. Tant que l'épithélium des tubes urinaires est intact, il ne laisse pas passer une goutte de substance coagulable.

Dès qu'il est en train de se nécroser, il n'oppose plus aucune barrière à l'entrée de la lymphe dans le tube urinaire. Dans l'intérieur de ce dernier, elle coagule comme partout où elle ne trouve plus les conditions de sa solubilité.

ED. RETTERER.

Tuberculose spontanée du chien, par CHANTEMESSE et LE DANTEC (*Cong. de la tuberculose. Gaz. des hôp., 4 août 1891*).

Sur un chien qui avait succombé à l'évolution naturelle de la tuberculose on a constaté que le foie, les reins et d'autres organes abdominaux étaient remplis de tumeurs mollasses d'apparence sarcomateuse. L'examen bactériologique et l'inoculation ont prouvé que ces tumeurs étaient de nature tuberculeuse avec nombreux bacilles. C'est donc une erreur de soutenir que le chien possède un sérum qui lui assure l'immunité contre la tuberculose.

OZENNE.

Pseudo-tuberculose du lièvre, par MÉGNIN et MOSNY (*Cong. de la tuberculose. Gaz. des hôp., 4 août 1891*).

Sur des lièvres morts à la suite d'une épidémie de nature indéterminée on a trouvé des lésions disséminées, d'apparence tuberculeuse; mais l'examen histologique et microbique n'a fait découvrir ni cellules géantes, ni cellules épithélioïdes, ni bacilles de Koch. Un bacille cultivé a reproduit sur des cobayes une maladie identique à celle des lièvres; c'est un aérobie pur, de culture facile, dont les extrémités se colorent bien.

OZENNE.

Some facts in the etiology of tuberculosis by thirty autopsies and experiments upon animals, par LOOMIS (*N. York med. record, p. 689, 20 décembre 1890*).

L'auteur étudie ces cas où il existe de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, avec des poumons absolument sains. Ces faits sont intéressants, car ils montrent que les tuberculoses ganglionnaires anciennes peuvent être le point de départ d'une généralisation bacillaire. La pénétration des germes se fait directement de la bifurcation des bronches où ils séjournent facilement jusqu'aux ganglions, le poumon restant sain. Ces ganglions sont irrigués par les artères bronchiques, et le sang retourne par les veines bronchiques, qui le ramènent au cœur droit, d'où possibilité d'une infection granuleuse pulmonaire consécutive.

Suivent de nombreuses et intéressantes expériences sur les animaux auxquels l'auteur inocule la matière des glandes engorgées trouvées dans les autopsies de personnes mortes subitement et n'ayant pas de tubercules dans les poumons. Quand, à l'examen microscopique, les glandes pérित्रachéo-bronchiques contenaient des bacilles, les inoculations furent toujours positives. Quand les glandes ne contiennent pas de bacilles, les inoculations sont négatives.

Ces derniers cas sont complexes et ne peuvent être rapportés en détail.

P. DUFLOEQ.

Thymus et tumeurs malignes primitives du médiastin antérieur, par LETULLE
(*Arch. gén. de méd.*, décembre 1890).

La loge supérieure du médiastin antérieur est le siège de prédilection des cancers primitifs du médiastin. Abstraction faite des tumeurs ganglionnaires, les cancers primitifs en question se développent aux dépens du thymus ou de ses débris atrophiques.

L'origine embryogénique du thymus explique parfaitement les diverses variétés de cancers primitifs nés à ses dépens (cancers d'origine conjonctive, carcinomes épithéliaux, épithéliomas pavimenteux, etc.).

La vie générale du thymus, son autonomie biologique (évolution et involution spéciales), expliquent peut-être la grande fréquence de ses dégénérescences néoplasiques.

RICHARDIÈRE.

Ein Fall von glykogenhaltigen Myoma striocellulare am Hoden (Un cas de rhabdomyome glycogénifère du testicule), par J. ARNOLD (*Ziegler's Beitrage z. path. Anat.*, VIII, 1, p. 109).

La tumeur, mesurant 10 centimètres de long sur 7 et demi de largeur, provenait d'un enfant de 4 ans; sa forme était assez régulière, une partie était recouverte par la tunique vaginale. Le testicule était atrophié par compression, en sorte qu'on n'en retrouvait plus que des traces, l'épididyme avait en grande partie disparu.

L'examen histologique montra qu'elle était formée uniquement de fibres musculaires striées, sans mélange de fibres lisses ni d'éléments intermédiaires entre les fibres lisses et striées, ce qui exclut une transformation métaplasique d'un léiomyome en rhabdomyome. Son origine était probablement le gubernaculum testis; cependant il faut observer que dans les cas de Rokitansky et de Neumann la tumeur était exactement limitée au gubernaculum.

G. LUZET.

Russell's characteristic organism of the cancer, par DEAN (*Lancet*, p. 768, avril 1891).

Dean conteste la valeur du travail de Russell sur le microorganisme du cancer. Il essaye de démontrer dans son article : 1° que les corpuscules décrits par Russell ne sont nullement des microorganismes; 2° qu'ils ne sont, en tout cas, en admettant même leur origine végétale, nullement pathogéniques; 3° qu'ils ne peuvent être regardés comme caractéristiques du cancer.

A.-F. PLICQUE.

Des lésions vasculaires dans le carcinome et des rapports des alvéoles cancéreux avec les lymphatiques, par MONTANÉ (*Soc. de biol.*, 13 décembre 1890).

1° Les alvéoles du carcinome se développent non seulement dans les espaces conjonctifs par la prolifération des cellules conjonctives, mais encore dans les vaisseaux, en général, par la multiplication des éléments endothéliaux.

2° La généralisation du carcinome peut se faire aussi bien par les vaisseaux sanguins que par les vaisseaux lymphatiques, puisque, à un moment donné, les éléments cancéreux baignent dans le sang.

3° Les cavités alvéolaires sont les cavités lymphatiques; elles communiquent directement avec les vaisseaux de même nom.

G. LION.

Ueber pathologischen Mitosen (Sur les mitoses pathologiques), par David HANSEMANN (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIII, 2).

Hansemann décrit les particularités relatives à 90 productions pathologiques. La division cellulaire par mitose asymétrique se rencontre surtout

dans les carcinomes (20 cas depuis le mois de février 1890). Il ne put retrouver la mitose asymétrique ni dans les sarcomes, ni dans les autres hyperplasies ou régénérations. La division asymétrique serait donc caractéristique du carcinome.

Les chromosomes sont peu nombreux dans les carcinomes. Quand le contenu chromatique est normal, il peut survenir des déviations pathologiques. Les chromosomes peuvent se raccourcir et s'épaissir. Les corpuscules polaires deviennent volumineux dans les carcinomes.

On trouve souvent des cellules hyperchromatiques, surtout dans les cancers.

Les mitoses pluripolaires sont nombreuses, et comme l'observateur ne les a pas rencontrées dans les tissus normaux chez l'homme, il semble qu'elles figurent un état pathologique.

Nulle part on ne voit tant de formes abortives que dans les cellules hyperchromatiques.

ED. RETTERER.

Ueber das Vorkommen der Charcot-Leyden'schen Krystalle... (Présence des cristaux de Charcot-Leyden dans le suc des tissus vivants), par A. WESTPHAL (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVII, p. 614).

L'auteur, chez deux leucoythémiques, a réussi à voir des cristaux de Charcot dans le suc splénique retiré par ponction chez le vivant, et examiné extemporanément sur la platine chauffante. Dans le cas où l'existence de ces cristaux doit être regardée autrement que comme une altération cadavérique, il se demande si on ne peut utiliser leur recherche comme moyen de diagnostic de la leucémie et des autres tuméfactions chroniques de la rate.

C. LUZET.

Die Geschichte des eingeathmeten Metallstaubes im Körper (Destinée des poussières métalliques inspirées dans le corps), par J. ARNOLD (*Ziegler's Beitræge z. path. Anat.*, VIII, 1, p. 1).

L'analyse chimique des organes (rate, foie, reins, poumons, ganglions bronchiques) provenant d'individus ayant travaillé dans l'or et l'argent a permis à l'auteur d'y retrouver ces métaux dans des proportions variables. Ce sont les ganglions bronchiques qui en renferment le plus; 8 fois sur 10, ils en renfermaient plus que les poumons et 5 fois plus que le foie et la rate réunis. On doit donc admettre leur pénétration avec l'air inspiré. Quand on considère isolément chacun des lobes pulmonaires, on ne peut établir de loi pour la dissémination de ces poussières métalliques. Quant à la pénétration de l'or par la voie digestive, la question est encore entièrement ouverte.

C. LUZET.

De la régénération de l'épithélium des cornes utérines après la parturition, par Mathias DUVAL (*Soc. de biologie*, 13 décembre 1890).

La régénération de l'épithélium de la plaie utérine après la parturition ne se fait pas graduellement par un processus centripète en partant des cellules épithéliales périphériques, mais brusquement et d'emblée sur toute la surface de la plaie par transformation de cellules conjonctives émergeant du chorion muqueux. L'utérus provenant des canaux de Müller et l'épithélium des canaux de Müller dérivant de l'épithélium péri-

tonéal, c'est-à-dire du mésoderme, il est tout naturel que l'épithélium utérin d'origine embryonnaire mésodermique puisse se réparer par transformation de cellules conjonctives mésodermiques. G. LION.

I. — Pathologie und pathologische Anatomie der Lyssa, par K. SCHAFFER (*Beitraege z. path. Anat.*, VII, 2, p. 189).

II. — Sur un cas atypique de rage humaine, par Ch. SCHAFFER (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 8, 25 août 1890).

I. — Les symptômes de la rage sont en partie médullaires, en partie corticaux, et une partie des symptômes dits bulbaires ne sont autres que des symptômes corticaux. Les premiers en date sont ceux de la moelle, puis vient le délire, ensuite les paraplégies et enfin la salivation profuse et les convulsions générales. Au début, l'excitabilité réflexe est fortement exagérée; plus tard elle diminue, pour disparaître entièrement peu avant la mort. On peut donc distinguer dans l'évolution morbide quatre stades : 1° stade d'incubation; 2° stade prodromique; 3° stade d'exagération de l'excitabilité nerveuse : a) manifestations spinales et bulbaires (moelle épinière); b) délire (écorce cérébrale); 4° stade de dépression de l'excitabilité nerveuse ou manifestations terminales : a) paraplégies (moelle); b) convulsions (écorce).

L'histologie pathologique a été déduite de l'étude de six cas. La moelle montre tout d'abord une importante infiltration de leucocytes, surtout dans sa substance grise; mais le maximum de cette lésion correspond au segment où aboutissent les nerfs partant du point mordu. Les cellules des cornes antérieures présentent des altérations myélitiques qui sont la dégénérescence hyaline, la formation de vacuoles, l'atrophie pigmentaire et une sorte de fonte du corps cellulaire qui la transforme en une masse granuleuse mal colorée. Ajoutons à cela l'hypérémie de la moelle, la présence de corps amyloïdes et des hémorragies juxta-épendymaires. Le bulbe, la protubérance, les ganglions de la base du cerveau et l'écorce sont le siège d'altérations analogues. C. LUZET.

II. — Ce cas concerne un homme de 28 ans, qui avait été mordu le 28 novembre 1889 par un chien errant, à l'index gauche; le 15 décembre il eut un frisson et le 21 décembre il succomba.

Voici les particularités de ce cas : 1° L'irritabilité réflexe ne présentait pas l'exacerbation colossale qu'elle montre d'ordinaire. L'insufflation sur la peau n'amenait ni dyspnée distincte, ni aucun autre phénomène réflexe. L'irritation acoustique restait sans résultat. Les pupilles n'avaient pas la mobilité réflexe habituelle;

2° Le malade présenta la veille de sa mort une hypothermie qui atteignit 33°,6 à onze heures du matin le jour de sa mort; la température se releva ensuite, elle était de 39° immédiatement après la mort;

3° Les accidents par rapport à leur répartition des deux côtés du corps présentèrent des caractères particuliers : la pupille droite était moins dilatée que la gauche; les réflexes rotuliens étaient plus marqués à droite et la paralysie du membre supérieur droit précéda sensiblement celle du membre correspondant gauche. D'ordinaire ces phénomènes sont plus marqués du côté de la morsure. Ici la morsure siégeait à l'index gauche.

Enfin, au point de vue histopathologique, Schaffer a constaté que le maximum des lésions de la moelle se trouve dans le segment qui est en relation nerveuse directe avec le lieu de la morsure. Ici, bien que le segment cervi-

cal présentât une consistance un peu plus molle, la moelle était enflammée également dans toute sa longueur.

P. TEISSIER.

Lésions histologiques de la trichinose, par LICHTHEIM et LEWIN (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 2, p. 42, 12 janvier 1891).

Huit jours après l'ingestion de viande de porc trichineuse, cet homme avait été pris de fièvre, suivie d'une éruption morbilliforme, et plus tard, de raideur et de douleurs dans les muscles. Le vingt-septième jour de la maladie, il succomba à une entérorragie que l'autopsie n'a pas suffisamment expliquée. L'estomac offrait une perte de substance superficielle, et la muqueuse intestinale quelques hémorragies.

Dans les fibres musculaires envahies par les trichines, le protoplasma présentait une sorte de processus de coagulation, une transformation en une matière granuleuse, faiblement réfringente et non striée transversalement; par suite d'un travail de résorption, cette matière faisait place elle-même à un réseau traversé de lacunes. Les noyaux étaient grossis, avaient pris une forme arrondie ou allongée, et l'on apercevait un ou plusieurs corpuscules nucléaires colorés en rouge.

Par une sorte d'action chimique à distance, les fibres musculaires du voisinage étaient le siège d'un œdème qui écartait les fibrilles longitudinales; en outre, elles offraient une prolifération aboutissant à la formation d'utricules et de cellules musculaires libres; ces derniers présentaient des lésions dégénératives de leur noyau et de leur protoplasma.

Lichtheim est disposé à rattacher les altérations décrites ci-dessus à la nécrose de coagulation.

J. B.

On a form of overgrowth of the skull following the distribution... (Tumeur du crâne suivant le trajet de la 5^e paire), par H. AL. THOMSON (*Edinburgh med. j.*, p. 603, janvier 1891).

Homme âgé de 53 ans, mort après un séjour d'un an au Norfolk Country Asylum. Dès son enfance il présenta des attaques de grande épilepsie, qui ne l'empêchèrent pas d'apprendre à lire et à écrire. Ce n'est qu'à l'âge de 23 ans qu'il présenta des troubles intellectuels; il devint violent, irritable, et on dut l'interner. Vers l'âge de 30 ans, il devint dangereux, et on l'amena à Norfolk Asylum, où il séjourna jusqu'à sa mort, c'est-à-dire vingt-trois ans. La face était déformée à gauche, présentant une saillie considérable. Les attaques d'épilepsie survenaient deux ou trois fois par jour. Aucun symptôme de paralysie. La mémoire était bonne, il pouvait lire, écrire. Il mourut dans un état comateux après une série d'attaques successives.

A l'autopsie, méninges saines, circonvolutions de la partie antérieure du lobe frontal gauche déplacées, atrophiées et comprimées par une énorme tumeur osseuse. L'augmentation de volume des os porte sur ceux de la face aussi bien que du crâne du côté gauche sans dépasser la ligne médiane. Le frontal, le maxillaire supérieur, sont les deux qui sont les plus hypertrophiés. La cavité du crâne de ce côté est plus saillante. Cette hypertrophie totale s'accompagne, pour les os atteints, d'irrégularité, de saillies plus ou moins considérables à leur surface, et en particulier pour l'arcade zygomatique et la partie sous-cutanée du malaire. Ces saillies sont identiques comme structure à celle que l'on trouve dans les exostoses syphilitiques des os longs. Enfin, dans la bouche, le maxillaire supérieur accuse une énorme saillie. Le condyle du maxillaire inférieur gauche est augmenté et a quitté en partie la cavité glénoïde. Du côté du frontal on peut remarquer que, malgré l'augmentation du volume osseux, la cavité du sinus, loin d'être oblitérée, est au contraire élargie. A la partie inférieure du pariétal se détachent plusieurs exos-

tosés variant d'un pois à une cerise. Tous les canaux, orifices, situés dans ces régions osseuses, sont très agrandis, et doivent faire penser à une augmentation de volume corrélatrice des vaisseaux et des nerfs auxquels ils donnaient passage. La distribution spéciale de la tumeur peut faire supposer qu'elle est sous la dépendance d'une altération nerveuse. F. VERCHÈRE.

Note sur le pigment mélanique et son mode de préparation, par LAGRANGE
(*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 mars 1891).

Le but de cette note est de faire connaître le procédé rapide et pratique à l'aide duquel on peut isoler la mélanine contenue dans les néoplasmes. Voici quel est ce procédé. Après avoir traité une large coupe bien pigmentée par l'acide sulfurique pur, on place cette coupe, imbibée par le réactif, pendant 24 heures dans la chambre humide; le tissu néoplasique s'est en quelque sorte liquéfié; on ajoute de la glycérine neutre et on lute. Deux jours après il ne reste dans la préparation que le pigment préexistant dans la coupe, qui se présente sous l'aspect d'amas noirâtres, de fines granulations disséminées, et de corpuscules anguleux. OZENNE.

L'hermaphrodisme, structure, fonctions, etc., par Ch. DEBIERRE (*In-8°*, 160 pages, Paris, 1891).

Ce petit ouvrage, qui résume l'histoire de toutes les anomalies de ce genre connues et publiées, a pour but de montrer :

1° Que l'hermaphrodite, au point de vue anatomique, n'est pas une monstruosité, une erreur de nature, mais un être seulement dévoyé du développement ordinaire.

2° Qu'au point de vue physiologique l'hermaphrodite est un être dégénéré, un impuissant et infécond, un être dévoyé jusque dans ses penchants et sa psychose, en raison même de sa sexualité mal établie et pervertie ;

3° Que l'hermaphrodite, devant les lois sociales, est un être malheureux, il est vrai, mais dangereux pour autrui et contre lequel il faut prévenir la société;

4° Qu'enfin devant la loi, devant le Code civil, il a actuellement une situation qu'il ne devrait pas conserver. Comme l'hermaphrodite n'est ni homme, ni femme, il serait bon qu'on le laissât civilement neutre. A. C.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Ueber rückläufigen Transport (Sur le transport rétrograde), par J. ARNOLD
(*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIV, 3).

Arnold relate deux cas de tumeurs où il a observé le transport rétrograde des masses morbides.

Dans l'un des cas, il s'agit d'un carcinome de la mamelle avec infiltration des ganglions axillaires et cervicaux ; à l'autopsie, il trouva, dans la lumière du sinus longitudinal supérieur, des masses ayant la structure des organes infiltrés. La seconde observation se rapporte à une femme qui avait subi une laparotomie et une myomotomie nécessitées par de nombreux myomes utérins.

À l'autopsie, on constata l'existence d'un thrombus à l'embouchure de la veine ovarique droite dans la veine cave inférieure, et celle d'autres thrombus dans les veines sus-hépatiques.

Pour élucider expérimentalement la question du transport rétrograde, Arnold injecta dans les veines jugulaires, les veines crurales et le sinus longitudinal supérieur une solution épaisse de gomme, à laquelle il avait mêlé du gruau de froment. Les grains de gruau étaient trop volumineux pour pouvoir traverser le système capillaire.

Ces injections déterminèrent la mort de l'animal, dont les veines du cœur, du foie, des reins, la veine cave et ses branches, les veines jugulaires, celles de l'orbite, les veines ciliaires, les sinus de la dure-mère et les grosses veines de l'encéphale montraient des amas de grains de gruau. Il est à peine besoin de dire qu'il n'est fait mention que des grains assez gros pour n'avoir pas pu passer à travers les capillaires.

Dans une seconde série d'expériences, Arnold lia préalablement les artères pulmonaires et le tronc aortique, ainsi que les artères hépatiques et rénales ; et après avoir fait l'injection comme plus haut, il trouva dans les veines du cœur, du foie, des reins, dans la veine cave inférieure et ses branches, ainsi que dans les veines citées précédemment, des amas de grains de gruau.

Ces faits expérimentaux parlent en faveur du transport rétrograde des masses morbides, ainsi que de celui des produits remplis de bactéries.

ÉD. RETTERER.

Ueber partielle Resection der Nieren (De la régénération des reins), par KÜMMELL (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 43, p. 1002, 27 octobre 1890).

Homme de 54 ans, ayant de violentes douleurs dans la région du rein droit, des urines albumineuses et sanglantes et se cachectisant rapidement. Pensant avoir affaire à une tumeur maligne du rein droit, Kümmell le mit à découvert et constata que son extrémité supérieure était anémiée et décolorée ; Kümmell la réséqua et sutura le rein dans la plaie. Mais les douleurs persistèrent et apparurent des troubles vésicaux. Huit semaines plus tard, taille hypogastrique : la vessie renfermait un gros carcinome ayant un petit pédicule qu'on lia avant d'enlever la tumeur. Le malade se rétablit, les accidents disparurent complètement, mais trois mois plus tard il succombait à une pneumonie.

L'autopsie ne révéla aucune perte de substance sur le rein dont on avait enlevé une partie ; cet organe était de volume normal, mais à la coupe il offrait les lésions de la néphrite interstitielle. Il s'était donc effectué une régénération du rein.

Kümmell se trouva ainsi incité à étudier la question sur le lapin. La condition, pour réussir l'opération, est d'obtenir la réunion par première intention. Quand on a enlevé chez ces animaux jusqu'à la moitié du rein, soit dans le diamètre longitudinal, soit dans le diamètre trans-

versal, en allant même jusqu'au bassin, la régénération s'effectue rapidement au bout de 8 jours. Après ablation d'un tiers de l'organe, il suffit de 3 jours pour que le rein ait récupéré au moins son volume premier. L'examen microscopique prouve que la néoformation ne porte pas seulement sur le tissu conjonctif, mais aussi sur le parenchyme et sur les glomérules.

J. B.

Zur Physiologie der infracorticalen Ganglien und über ihre Beziehungen zum epileptischen Anfall (Contribution à la physiologie des ganglions centraux et sur leurs relations avec l'attaque d'épilepsie), par Th. ZIEHEN (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank.* XXI, 3, p. 863).

Ziehen a fait sur 53 lapins des expériences consistant à mettre à nu la convexité des hémisphères, à extirper la dure-mère après double ligature appliquée sur le sinus longitudinal, puis les hémisphères et le fornix, de façon à rendre facilement accessibles les ganglions centraux. Ceux-ci ont été excités ensuite par voie de piqûre, de section et au moyen du courant faradique. Les résultats obtenus ont été les suivants :

1° L'excitation mécanique ou faradique du corps strié, les sections pratiquées à travers cet organe entraînent parfois des secousses isolées ou toniques, qui ne survivent pas à l'excitation; ces secousses se produisent de préférence du côté opposé à celui qui est excité; elles revêtent les mêmes caractères que celles que développe l'excitation de la zone motrice corticale antérieure. Il a été impossible de constater l'existence d'un centre curseur (*nodulus cursorius*), dans le sens attribué à ces mots par Nothnagel.

Le noyau lenticulaire n'est pas accessible à une excitation directe isolée;

2° Les excitations de la couche optique développent également des secousses uniques ou toniques qui ne survivent pas à l'excitation, et qui se manifestent indifféremment dans les deux côtés.

Une section pratiquée dans la région qui comprend la partie postérieure des couches optiques et la partie antérieure des tubercles quadrijumeaux et qui atteint la base au niveau du chiasma et de la partie antérieure de la protubérance détermine des mouvements violents de course, en même temps que l'animal se met à pousser des cris. L'excitation mécanique ou faradique de la surface des tubercles quadrijumeaux antérieurs entraîne une accélération des mouvements respiratoires, des cris sourds et plaintifs, du nystagmus, des mouvements violents de course.

A l'idée de l'auteur, ces effets de l'excitation des ganglions centraux sont de nature réflexe; la voie centripète par laquelle se propagent les excitations qui vont solliciter des mouvements de course, serait comprise dans la bandelette optique. Le centre où les excitations centripètes sont transformées en excitations motrices n'est sûrement pas compris dans les tubercles quadrijumeaux; peut-être l'est-il dans les noyaux de la coiffe ou dans les corps genouillés. Les voies centrifuges qui transmettent les incitations motrices ne peuvent être logées dans les pyramides, car, chez le lapin, celles-ci ne communiquent pas avec les faisceaux sensitifs de la coiffe.

Les résultats ont été sensiblement les mêmes dans les quelques cas où

un des hémisphères avait été laissé en place, preuve que ce ne sont pas des conséquences de la suppression fonctionnelle de centres d'arrêt.

De tout cela, l'auteur est porté à conclure que les spasmes tétaniques ont leur origine dans les ganglions centraux, tandis que les spasmes cloniques sont sous la dépendance des centres corticaux. Il est possible que les spasmes mixtes, toniques et cloniques, qu'on développe en faradisant le cerveau du lapin, soient dus, pour une partie de leurs éléments constitutants (spasmes toniques) à l'excitation indirecte du territoire qui comprend la protubérance et les tubercules quadrijumeaux postérieurs.

L'auteur part de là pour réfuter la théorie de l'origine purement corticale de l'attaque d'épilepsie.

E. RICKLIN.

Ein Erklärungsversuch der erworbenen Immunität gegen Infektionskrankheiten
(Essai d'explication de l'immunité acquise contre les maladies infectieuses),
par G. WOLFF (*Centralblatt für allgemeine Path.*, n° 11, 1^{er} juin 1891).

Aucune des théories proposées pour expliquer l'immunité acquise n'est à l'abri de critique : théorie phagocytaire, théorie de l'épuisement, théorie toxique (immunité due à l'action d'une substance antibactérienne). L'auteur propose une théorie nouvelle : l'immunité dépend de la disposition spéciale des tissus et, en dernière analyse, des cellules. Certains tissus, certaines cellules, sont plus ou moins prédestinés à l'infection.

Si l'on admet qu'au cours d'une infection donnée ce sont de préférence certains tissus et dans ces tissus certaines cellules qui sont atteints, l'immunité résultera de la déchéance ou de la disparition de ces cellules, produite par la première infection.

Cette infection agit surtout sur certaines cellules, et cela par le mécanisme de la sécrétion de substances toxiques. Dès lors, peu importe que ces toxiques soient fabriqués par les microbes en évolution dans l'organisme ou non. C'est-à-dire que si l'on injecte ces produits de sécrétion, fabriqués dans des milieux artificiels, on obtient le même résultat, la disposition plus ou moins complète des éléments cellulaires prédisposés à être touchés par l'infection. On conçoit alors que l'immunité puisse ne pas être définitive, puisqu'elle cessera le jour où les éléments détruits se seront reformés, et qu'elle puisse être seulement partielle si toutes les cellules en question ne sont pas détruites. L'avantage de la vaccination est la destruction mesurée, par étapes, de ces cellules, au lieu de leur destruction massive, brutale, par l'infection.

Dans les inoculations antirabiques de Pasteur, le poison est assez atténué pour détruire les cellules prédisposées, sans entraîner l'altération des autres cellules. Il y a succès lorsque les cellules prédestinées peuvent être détruites avant l'éclosion de la rage, parce que la substance inoculée se dissémine plus rapidement dans l'organisme que celle élaborée ou apportée au niveau de la plaie.

PAUL TISSIER.

Du sort des spores de microbes dans l'organisme animal, par TRAPEZNIKOFF
(*Annales de l'Institut Pasteur*, p. 363, n° 6, 25 juin 1891).

Étant donnée l'importance étiologique des spores, comment s'organise vis-à-vis d'elles la défense de l'organisme. Il existe des faits qui dé-

montrent que, dans certains cas, les cellules amœboïdes peuvent détruire, en se les incorporant, les spores pathogènes et exercent ainsi sur elles une action sporicide. L'auteur a étudié les spores du charbon, du bacillus subtilis, du bacillus megaterium car elles peuvent germer et donner des bacilles dans l'organisme des animaux réfractaires envahis, que ces animaux jouissent d'une immunité naturelle ou d'une immunité acquise.

Immédiatement après la pénétration des spores des microbes pathogènes dans l'organisme des animaux réfractaires commence une accumulation des leucocytes qui englobent les spores en question ; les spores qui ont eu le temps de germer et de se transformer dans l'organisme de l'animal, les bacilles et les filaments sont également saisis par les leucocytes qui les détruisent.

Les spores saisies, avant leur développement, par les cellules, ne se développent pas tant qu'elles se trouvent à l'intérieur des cellules, à la condition que ces dernières soient vivantes et non affaiblies ; si, sous l'influence de certaines circonstances, le phagocyte s'affaiblit ou meurt, les spores qu'il a saisies germent et se transforment en bacilles et en filaments, ces bacilles et ces filaments peuvent être ressaisis par les leucocytes et détruits.

Les spores renfermées dans les cellules sont transportées par ces dernières dans tous les organes de l'animal, où elles peuvent se conserver très longtemps vivantes et virulentes. Dans la majorité des cas, les cellules ne détruisent pas les spores du microbe pathogène, mais empêchent seulement leur développement.

Les liquides d'un organisme vivant ne possèdent pas de propriétés bactéricides. Toutes les sporesensemencées dans les milieux de culture ne se développent pas ; il en est de même des spores pathogènes introduites dans un organisme vivant. Les spores germent et donnent des bactéridies aussi bien dans la lymphe des grenouilles réfractaires chauffée à 34-37° que dans la lymphe non chauffée ; les spores de charbon introduites sous la peau des grenouilles germent régulièrement quand même l'animal est maintenu à la température de la chambre (16 à 22°). Lorsque les spores restent longtemps à une basse température dans l'organisme des grenouilles, elles ne se développent pas et sont saisies par les leucocytes ; si on les place à une température suffisamment élevée, les spores ne germent plus, empêchées par les cellules qui les renferment.

Une première infection ne fait pas de l'organisme animal un milieu impropre au développement des spores charbonneuses dans le cas d'une nouvelle infection. Dans ces conditions, les spores germent fort bien et l'animal peut succomber à la seconde infection.

Les spores des microbes pathogènes qui n'ont pas germé dans l'organisme y conservent longtemps leur vitalité : chez les animaux ne jouissant pas de l'immunité, les spores pathogènes sont également saisies par les leucocytes ; seulement les phagocytes se trouvent en petit nombre, les spores germent, passent à l'état végétatif et amènent la mort de l'animal.

PAUL TISSIER.

Contribution à l'étude expérimentale du surmenage ; son influence sur l'infection, par CHARRIN et ROGER (*Arch. de physiologie*, p. 273, avril 1890).

Des animaux sont enfermés dans un cylindre de 40 centimètres de hauteur et de 1 mètre de diamètre dont l'intérieur est garni de molleton pour les empêcher de s'écorcher. Le cylindre étant animé d'un mouvement de rotation autour de son axe, les animaux sont obligés de marcher en sens inverse. Si le cylindre fait 12 tours par minute, les animaux parcourent 2,260 mètres à l'heure.

Les rats blancs marchent pendant des journées entières et se remettent très vite de leur fatigue. Mais chez les animaux ainsi surmenés, les inoculations du charbon symptomatique et du charbon bactérien entraînent la mort plus rapidement que chez les témoins laissés au repos, et souvent même alors que ces derniers résistent.

Quand au lieu d'employer un tambour matelassé on fait marcher les animaux sur de la toile métallique, ils s'usent la peau des pattes et du nez et succombent au bout de deux ou trois jours ; leurs organes sont remplis de microbes. Les plaies ont servi de porte d'entrée aux germes qui ont trouvé chez les animaux surmenés un terrain propice à leur développement. Quelquefois on trouve des bactéries dans les organes d'animaux dont les éléments semblent intacts. Peut-être l'infection s'est-elle faite alors par l'intestin ?

G. LION.

Beitrag zur Aufklärung des Wesens der sog. Praedisposition... (Essai d'explication de la prédisposition morbide par les expériences d'inoculation de staphylocoques), par F. GAERTNER (*Ziegler's Beitræge zur patholog. Anat. und allgem. Pathol.* 1890 et *Hygienische Rundschau*, I, 181, 1^{er} mars 1891).

Il ressort des expériences de Gaertner que les staphylocoques ont une végétation beaucoup plus luxuriante chez les lapins dont le sang a été rendu hydrémique par une saignée ou par une alimentation insuffisante, que chez les animaux sains. Chez les lapins hydrémiques, l'affection est infiniment plus violente, dure plus longtemps et se termine mortellement pour plusieurs d'entre eux. Tandis que les staphylocoques disparaissent très rapidement du sang des animaux sains, on les retrouve encore 18 heures après l'injection chez les animaux hydrémiques. Enfin les staphylocoques se développent beaucoup plus énergiquement sur le sérum sanguin des animaux hydrémiques.

J. B.

Du sang dans la défense de l'organisme contre les infections, par BARBIER (*Gaz. méd. de Paris*, janvier et février 1891).

Le sérum du sang des animaux, en dehors de toute action cellulaire, possède sur les organismes infectonnés et sur leurs effets une double action : La première est l'action microbicide proprement dite (ou encore antiseptique) ; la seconde, qui s'exerce sur les produits solubles sécrétés par les microbes, est l'action antitoxique.

L'action microbicide se manifeste de plusieurs façons sur la vie des microbes. Elle empêche leur développement ou en diminue la richesse ; elle modifie leur forme et leurs caractères morphologiques ; elle diminue ou abolit leur virulence. Cette action microbicide est augmentée par la vaccination.

L'action antitoxique a pour conséquence la disparition, soit dans l'organisme, soit *in vitro*, de substances toxiques éliminées par les microbes.

Quant à savoir comment et par quel procédé intime l'état microbicide du sang est constitué, c'est une question qui n'est pas entièrement résolue ; toutefois on peut admettre cette conception générale : C'est que, sous l'influence des substances vaccinales, il se produit dans l'organisme tout entier une modification de la nutrition telle que, non seulement le sang, mais tous les tissus arrivent à constituer un milieu défavorable aux agents microbiens pathogènes et à l'action de leurs produits solubles.

C'est en vertu de cette conception que l'on a essayé, depuis quelque temps, d'utiliser le sérum du sang comme moyen thérapeutique et prophylactique contre la tuberculose.

OZENNE.

- I. — Toxicité du sérum, par CHARRIN (*Soc. de biologie*, 13 décembre 1890).
- II. — De l'action toxique des extraits alcooliques du sang et des divers tissus, par HÉRICOURT et Ch. RICHET (*Ibidem*, 13 décembre 1890).
- III. — Toxicité de l'urine normale, par MAIRET et BOSCH (*Ibidem*, 13 décembre 1890).
- IV. — Action de l'urine sur les tissus, par TUFFIER (*Ibidem*, 14 juin 1891).
- V. — Action de l'urine sur les tissus, par LE MÊME (*Ibidem*, 5 juillet 1891).

I. — Le sérum du sang des urémiques obtenu par la saignée tue le lapin en injection intra-veineuse à la dose de 21 à 23 centimètres cubes par kilogramme, tandis qu'après la guérison la quantité propre à amener la mort s'élève à 27 centimètres cubes. Si l'on essaye successivement l'extrait alcoolique, l'extrait de substance précipitable par l'alcool et non dialysable, l'extrait des substances également précipitables par l'alcool mais dialysables, du sérum des urémiques, on voit que les trois quarts au moins de la toxicité sont attribuables au second de ces extraits, c'est-à-dire aux matières que l'alcool précipite et qui ne dialysent pas.

II. — Les extraits alcooliques du sang et des tissus du chien sont dépourvus de propriétés toxiques. Les produits qui déterminent la mort lors de transfusion de sang de chien dans le péritoine des lapins, sont insolubles dans l'alcool, ce sont des albuminoïdes insolubles.

III. — La dose toxique de l'urine des 24 heures injectée dans le système circulatoire du lapin est de 45 à 90 centimètres cubes par kilogramme de l'animal, soit en moyenne 67 centimètres cubes.

Les phénomènes constamment observés sont : le myosis, les mictions abondantes et claires, la soif, quelquefois la diarrhée, le ralentissement de la respiration, l'accélération de la circulation, l'hypothermie, les troubles du système nerveux (sommolence, coma ou attaques apoplectiques).

Les urines de la nuit sont plus toxiques, plus convulsivantes et produisent un affaissement plus marqué. Les urines vespérales donnent lieu à une somnolence plus nette.

IV. — L'injection d'urine normale, d'urine mélangée à partie égale de sang, d'urine rendue chimiquement ammoniacale dans le tissu musculaire à la dose de 1 à 100 centimètres cubes, n'est suivie d'aucun accident si le liquide injecté est aseptique.

Les mêmes quantités d'urine aseptique mélangée ou non de sang, injectées dans le péritoine du chien ou du cobaye, n'amènent aucun désordre du côté de la séreuse.

Il n'en est pas de même quand, l'uretère étant abouché dans le péritoine, il se fait un apport incessant d'urine dans la cavité péritonéale. Les animaux meurent de péritonite dans l'espace de 8 à 20 jours.

Il résulte de ces expériences que l'urine normale est un liquide indifférent pour les plaies. Et de fait on peut réséquer de larges lambeaux de la muqueuse vésicale et obtenir des réparations parfaites soit en abandonnant la plaie à elle-même, soit en pratiquant des sutures au catgut.

Appliquant ces données expérimentales à la chirurgie, Tuffier a exécuté deux fois chez l'homme et avec plein succès des sutures de la muqueuse vésicale.

V. — Les plaies intra-vésicales infectées par l'urine normale se réparent de la façon suivante :

Si la plaie est suturée avec du catgut fin, la réunion se fait par première intention; elle est complète au bout de 5 à 8 jours.

La couche sous-muqueuse prolifère et se réunit la première, puis le tissu conjonctif interstitiel de la couche musculaire et en troisième lieu le chorion de la muqueuse font de même. La couche épithéliale se répare la dernière. Si l'affrontement des bords de la plaie n'est pas exact, chacun d'eux se soude séparément à la musculuse et il se produit un interstice que l'épithélium tapisse.

Les pertes de substance non suturées demandent environ 15 jours pour se réparer.

Elles se couvrent d'une fausse membrane jaunâtre, diphtéroïde, que le microscope montre constituée par un reticulum fibrineux, des globules sanguins et des cellules embryonnaires. Sous cette fausse membrane, la plaie bourgeonne, s'élève jusqu'au niveau de l'épithélium qui la recouvre alors en même temps que l'exsudat fibrineux disparaît.

Les plaies de la partie inférieure de la vessie se cicatrisent plus vite que celles de la partie supérieure.

G. LION.

Experimentaluntersuchungen über Antipyrese und Pyrese... (Recherches expérimentales sur l'antipyrèse, la pyrèse, sur l'hyperthermie nerveuse et artificielle), par Paul RICHTER (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIII, 1).

En déterminant avec le calorimètre de Ch. Richet la quantité de chaleur produite, puis dégagée par l'organisme normal (chien), Richter provoqua une fièvre expérimentale sur le même animal et étudia l'action antipyrétique exercée par une injection de cairine. Cette substance a pour effet de refroidir l'animal fébricitant en augmentant la quantité de chaleur dégagée. Dès que l'animal est refroidi, le dégagement de la chaleur diminue, de sorte que sa température tombe au-dessous de la température normale.

La cairine a une influence sur la régulation de la chaleur. L'organisme qui est sous l'action de la cairine, perd sa chaleur en ce qu'il a trop chaud, de sorte que les divers mécanismes servant au dégagement de la chaleur se mettent à entrer en activité (dilatation des vaisseaux de la peau, sueur, etc.).

La cairine est antipyrétique, parce qu'elle agit sur l'appareil régulateur de la chaleur. C'est secondairement que l'effet réfrigérant se fait sentir grâce au dégagement de la chaleur.

Les mêmes doses de cairine abaissent, dans l'espace d'une heure, la température aussi bien chez un lapin, chez lequel on avait provoqué la fièvre par une injection de ferments, que sur un autre lapin qui avait subi la trépanation.

En maintenant les chiens dans un milieu surchauffé pendant 24 heures, Richter ne constata pas d'augmentation dans l'excrétion des produits azotés le jour même de l'expérience. Mais le lendemain et le surlendemain, la quantité de substances azotées était bien plus considérable. Enfin, le 3^e jour après l'expérience, l'excrétion des produits azotés était tombée au-dessous du chiffre normal. Donc l'élévation de la température agit sur les métamorphoses régressives des substances albuminoïdes et sur l'élimination des produits azotés par l'urine.

Pour Richter, la production plus forte de chaleur, qu'il s'agisse d'hyperthermie nerveuse ou de fièvre, n'est pas la cause, mais la conséquence de la température plus élevée de l'organisme. ÉD. RETTERER.

Zur Leichendiagnose der septischen... (Sur le diagnostic des processus septiques et pyohémiques), par Martin HAHN (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIII, 1).

M. Hahn a examiné, au point de vue bactériologique, une série de cadavres septiques, pour y déterminer les microcoques pathogènes. Sur les 15 cas qu'il a soumis à l'observation, 9 provenaient de septicémie puerpérale, tandis que dans les 6 autres cas, le point de départ de la maladie consistait en un phlegmon.

Dans le premier groupe, il y en avait 4 qui présentaient des abcès multiples et des infarctus (pyohémies) et qui, au point de vue bactériologique, montrèrent trois fois des streptocoques et une fois des staphylocoques. Les 5 autres cas du premier groupe étaient compliqués de péritonite : trois fois les streptocoques étaient plus ou moins nombreux, et les deux autres fois, il s'agissait d'une péritonite purulente avec streptocoques et staphylocoques.

Dans le second groupe, Hahn a trouvé des streptocoques et parfois des staphylocoques dans le phlegmon même, tandis que le résultat bactériologique a été négatif pour ce qui concerne les organes internes.

ÉD. RETTERER.

I. — Signes fonctionnels de lésions encéphaliques multipliées chez le lapin à la suite de la maladie pyocyannique, par LABORDE (*Soc. de biologie*, 22 novembre 1890).

II. — Lésions encéphalo-cérébrales localisées, répondant aux troubles fonctionnels observés au cours de la maladie pyocyannique, par LABORDE et CHARRIN (*Soc. de biologie*, 6 décembre 1890).

I. — Un lapin, par suite de l'évolution chronique de la maladie pyocyannique (avec vaccination incomplète) présenta de l'entraînement de la tête, du cou, et consécutivement de tout le corps, et rotation à gauche, selon l'axe longitudinal, un tremblement latéral de la tête et un nystagmus sy-

nergique bi-oculaire dans le même sens. On conclut pendant la vie à une lésion ou à un état fonctionnel d'origine toxique des fibres pédonculaires à la fois cérébelleuses et cérébrales.

II.—L'autopsie confirma l'hypothèse admise pendant la vie en montrant un foyer hémorragique à l'émergence du faisceau pédonculaire gauche, un foyer de congestion sur le bord supérieur des tubercules quadrijumeaux antérieurs au niveau des noyaux et des fibres d'émergence des nerfs oculo-moteurs communs et de petits foyers semblables à l'émergence des pédoncules cérébelleux moyens.

G. LION.

Action physiologique des produits sécrétés par le bacille pyocyanique, par MORAT et Maurice DOYON (*Lyon méd.*, 31 mai 1891).

Le produit soluble du bacille pyocyanique a une action très nette sur l'excitabilité des nerfs.

Sur le lapin, après une injection intra-veineuse de 10 à 20 centimètres cubes, le pneumogastrique perd presque complètement son pouvoir inhibiteur sur le cœur. Les vaso-dilatateurs du sympathique sont paralysés.

Chez le chien, on n'obtient aucun résultat. Chez le chat, les modifications sont peu sensibles.

A. C.

I. — Tuberculose des volailles, par CADIOT, GILBERT et ROGER (*Soc. de biologie*, 11 octobre 1890).

II. — Anatomie pathologique de la tuberculose hépatique chez la poule et le faisan, par CADIOT, GILBERT et ROGER (*Soc. de biologie*, 18 octobre 1890).

I. — La tuberculose des volailles est transmissible aux poules et aux lapins ; mais, contrairement à ce qui se passe pour la tuberculose humaine, le cobaye est plus résistant que le lapin ; souvent, chez cet animal, l'inoculation ne détermine rien, ou ne donne naissance qu'à des granulations discrètes, localisées à quelques organes et tendant à subir la transformation fibreuse. Quelle importance doit-on attacher à ces caractères différentiels ? Doit-on faire des bacilles de la tuberculose humaine et des bacilles de la tuberculose aviaire deux espèces distinctes ou deux variétés d'une même espèce ?

II. — Entre la tuberculose hépatique de la poule et celle du faisan, il existe des différences anatomiques et surtout microscopiques très notables. Malgré ces différences, les micro-organismes générateurs sont les mêmes. Si, en effet, on inocule à la poule la tuberculose du faisan, on voit se développer une tuberculose hépatique histologiquement identique à la tuberculose spontanée de la poule. Donc, chez le faisan comme chez la poule, le tubercule présente la même origine bacillaire, mais l'organisme de ces animaux, cependant d'espèce voisine, impose au tubercule une évolution remarquablement dissemblable.

G. LION.

De la pseudo-tuberculose, par Emilio PARIETTI (*Centralbl. f. Bakteriöl.*, 30 octobre 1890).

Parietti décrit, sous le nom de pseudo-tuberculose, une forme de pyémie due à un microbe spécial. En inoculant un lapin avec du lait, il déterminait chez lui une intoxication mortelle en 9 jours. Au point d'inoculation, on trouva un abcès caséux : le foie et le rate étaient tuméfiés,

farcis de petits infarctus blanchâtres, les ganglions inguinaux et mésentériques gonflés, les poumons indemnes. Le liquide des infarctus et de l'abcès, traité au bleu de méthylène par la méthode de Loeffler, montra des colonies de petits bacilles dont on put faire des cultures et des réinoculations. Sur la gélatine et l'agar, ces cultures avaient l'aspect de celles du bacille d'Ehrlich, mais jamais elles ne liquéfient la gélatine. Elles sont toxiques pour les lapins et les cobayes, et même pour les chiens; les souris résistent.

Le microorganisme ainsi obtenu varie suivant son mode de culture : sur la pomme de terre, il est long et ressemble au bacille tuberculeux; dans le bouillon ou la gélatine, il est infiniment plus petit. Sa caractéristique est l'odeur fétide que présentent toutes ses cultures. H. R.

I. — Cultivation of psorospermice, par Sheridan DELÉPINE (*Brit. med. j.*, p. 1126, 23 mai 1891).

II. — Negative results of psorospermial inoculations in animals, par G. SHATTOCK et A. BALLANCE (*Ibidem*, p. 1127, 23 mai 1891).

I. — Delépine a constaté, comme Darier, des corps ressemblant à des psorospermies dans les tumeurs de la peau et des muqueuses. Afin d'en préciser la nature, il a étudié les changements qui se produisent dans les véritables psorospermies du foie des lapins, quand on les cultive expérimentalement. Voici ce qui se passe :

Dans les bouillons de culture albumineux, le contenu protoplasmique des corps encapsulés se segmente rapidement : au bout de 8 jours, la moitié des parasites en observation contiennent de deux à quatre corps ovales, qui prennent bientôt des formes différentes et deviennent cylindriques, pyriformes ou fusiformes, et sont doués de mouvements amœboïdes. Plusieurs se réunissent et s'agglomèrent de façon à simuler des filaments vermiformes. Enfin, dans tous les petits corps vermiformes se voient des corpuscules arrondis du volume d'un globule de sang, qui s'échappent de la capsule mère et se multiplient séparément dans le milieu nutritif.

L'auteur pense que des transformations du même genre s'accomplissent dans les tumeurs.

II. — Les auteurs ont cherché à inoculer les psorospermies signalés par Darier dans la maladie de Paget et dans le carcinome. Leur procédé consiste à prendre les psorospermies du lapin et à les injecter sous l'oreille, ou à les insinuer dans des incisions faites à la peau et aux muqueuses. Les animaux expérimentés ont été les singes et les chiens. Leurs expériences ont été négatives. Même résultat pour des injections de nature psorospermique dans les jugulaires : il n'y eut pas d'infection viscérale. H. R.

I. — Nouveau procédé de diagnostic du bacille d'Eberth, par J. GASSER (*Soc. de biologie*, 19 juillet 1890).

II. — Effets des hautes températures sur le bacille typhique, par JANOWSKI (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk.*, VIII, n° 14 et 15, 1890).

III. — Recherches du bacille typhique dans l'eau, par FINKELNBURG (*Ibidem*, IX, n° 9, 1891).

IV. — Note sur les bacilles pseudotypiques trouvés dans les eaux de rivière, par CASSEDEBAT (*Soc. de biologie*, 21 juin 1890).

I. — Sur des plaques faites avec de la gélose additionnée de 20 gouttes d'une solution aqueuse concentrée de fuchsine, Gasser a inoculé en stries différents microbes et observé les faits suivants. Les bacilles du charbon, de la nécrose, du choléra, ne se développent pas. Le *staphylococcus pyogenes* se développe médiocrement. Le *bacillus fluorescens* fournit une culture abondante, atténue la teinte du milieu, mais sans la détruire complètement, et donne naissance autour de lui à une auréole jaunâtre à la lumière transmise, violette à la lumière réfléchie. Un bacille fort analogue au bacille typhique provenant du liquide sous-arachnoïdien d'une femme morte de méningite s'est bien développé, mais sans décolorer le milieu. Le bacille typhique et le *bacterium coli* commune donnent des cultures riches qui, dès la vingt-quatrième ou la trente-sixième heure commencent à décolorer la gélose. En huit jours la gélose est décolorée, la culture seule est rose. Le *bacterium coli* se développe sur le trait d'inoculation sans beaucoup le dépasser, tandis que le bacille typhique forme une bande colorée plus ou moins large, à bords découpés et sinueux. De plus la décoloration est plus rapide avec le *bacterium coli*.

G. LION.

II. — Janowski, se servant d'un dispositif spécial qui lui permet de porter ses cultures microbiennes à des températures variables, étudie à ce point de vue le bacille d'Eberth, et arrive aux conclusions suivantes :

Une culture de bacille typhique de quelques jours sur la gélatine riche en spores, est exposée à des températures variant de 40° à 80° centigrades. Au-dessus de 55°, pendant 10 minutes, les cultures deviennent stériles, le bacille a été tué; mais cinq minutes de cette température ne suffisent pas à empêcher toute germination bacillaire. On peut donc regarder 56° comme la limite de la vitalité du bacille typhique. Pour les températures basses, la destruction du bacille n'est opérée que quand le thermomètre descend à — 14°.

H. R.

III. — Finkelnburg insiste sur la nécessité d'examiner les sédiments en même temps que l'eau pour la recherche du bacille typhique. Une épidémie s'était déclarée dans un village parmi les enfants de l'école, et on avait constaté une proximité dangereuse entre la source qui fournissait l'eau et les fosses d'aisances de l'école. En examinant l'eau par la méthode ordinaire des plaques de gélatine, l'auteur ne trouva aucune trace du microbe d'Eberth; mais il en obtint des colonies indiscutables en cultivant le dépôt sédimenteux de cette eau.

H. R.

IV. — Quand dans une eau on rencontre des bacilles ayant les caractères morphologiques du bacille d'Eberth, il n'est pas permis de dire pour cela que le bacille typhique se trouve dans cette eau. Il est indispensable, avant d'émettre pareille affirmation, de cultiver comparative-ment ces bacilles et le bacille d'Eberth dans un grand nombre de milieux que l'auteur énumère. Il est impossible de donner une appréciation, même approximative, sur le nombre de bacilles typhiques qui pourraient être contenus dans un litre ou un centimètre cube d'eau, par exemple, à moins d'avoir soumis au même contrôle chacune des colonies ressemblant à celles du bacille d'Eberth.

G. LION.

Diagnostischer Werth der Milzpunction bei typhus abdominalen (Valeur diagnostique de la ponction splénique dans la fièvre typhoïde), par **REDTENBACHER** (*Zeitsch. für klin. Medicin*, XIX, p. 305).

Sur 14 cas de ponctions spléniques faites dans la fièvre typhoïde, 10 donnèrent un résultat bactériologique positif. Les 4 cas négatifs comprennent un cas où la ponction n'avait pas réellement pénétré dans la rate, un cas où la rémission était probablement déjà commencée, un cas qui se révéla plus tard comme étant une méningite suppurée. Dans un seul cas donc la méthode s'est vraiment trouvée en défaut. Dans tous ces cas, les bacilles avaient été vainement recherchés, soit dans les selles, soit dans le sang des taches rosées. La valeur diagnostique de la ponction splénique est donc indiscutable. Elle s'est toujours montrée, même chez un malade où elle fut répétée à deux reprises, absolument inoffensive.

A.-F. PLICQUE.

Sur l'acclimatement du virus typhique dans l'organisme du lapin, par **SILVESTRINI** (*Rivista generale italiana di clinica medica*, n° 10, p. 226, 1891).

Si l'on ajoute à du bouillon de culture de bacille typhique, laissé 24 heures à l'étuve à 32°, du sang défibriné de lapin en quantité égale, une grande partie des bacilles est détruite ; ceux qui résistent se reproduisent ensuite dans le mélange. Vient-on à porter ce mélange de nouveau pendant 24 heures à l'étuve, et à l'additionner d'une nouvelle quantité de sang, de nombreux bacilles de la nouvelle génération sont détruits et ceux qui survivent peuvent encore se reproduire dans le second mélange ; on obtient ainsi une culture de bacilles d'Eberth dans un mélange de deux parties de sang et d'une de bouillon, puis dans trois parties de sang et d'une de bouillon, sans peptones.

Le sang défibriné du lapin a donc une action microbicide sur le virus typhique. Silvestrini a recherché combien de gouttes de sang sont nécessaires pour stériliser une goutte de bouillon de culture après 24 heures de séjour à l'étuve ; il fallait environ 40 gouttes de sang pour stériliser une goutte du bouillon dont s'est servi l'auteur ; mais plus de 100 gouttes n'ont pas suffi à stériliser une goutte du premier mélange de sang et de bouillon, à parties égales, celui où la résistance du bacille d'Eberth était déjà plus grande. Dans la culture sur plaques 310 colonies se développaient, après ensemencement avec un mélange d'une goutte de sang et de 10 de bouillon, 65 seulement après un ensemencement avec un mélange d'une goutte de bouillon et de 30 de sang.

Par cette méthode de sélections successives, Silvestrini a pu obtenir un virus typhique très résistant à l'action du sang de lapin. Pour ses expériences sur les animaux, il s'est servi d'un bouillon additionné de trois parties de sang et en a injecté une petite quantité dans l'oreille de lapins ; il a pu ainsi reproduire chez eux une véritable infection typhoïde ; quatre lapins sont morts au bout d'un temps variant de 7 à 15 jours et l'autopsie a permis de constater chez eux les lésions classiques de la fièvre typhoïde (hyperémie intestinale, plaques de Peyer engorgées et nécrosées, ganglions abdominaux tuméfiés, rate hypertrophiée) ; les essais faits avec la pulpe splénique ont donné sur l'agar les cultures caractéristiques du bacille d'Eberth.

G. LYON.

Untersuchungen über das Vorkommen der Typhusbacillen im Harn (Recherches sur la présence de bacilles typhiques dans l'urine), par KARLINSKI (*Prager med. Wochenschr.*, n° 35 et 36, 1890).

Sur 44 cas de fièvre typhoïde, les bacilles ont pu être trouvés 21 fois dans les urines. Cette constatation a été faite dans les cas où il y a eu albuminurie durable; en général les bacilles n'ont pu être rencontrés dans les cas d'albuminurie transitoire.

Les bacilles peuvent être décelés dans les urines bien plus tôt que dans les matières fécales, quelquefois dès le troisième jour. Il y a donc là un moyen de diagnostic important.

LEFLAIVE.

I. — Bakteriologische Untersuchungen ueber Influenza, par M. KIRCHNER (*Zeitschrift für Hygiene* 1890, et *Hygienische Rundschau*, I, 214, 15 mars 1891).

II. — Eine bakteriologisch-experimentelle Studie über Influenza (Etude bactériologique et expérimentale sur l'influenza), par F. FISCHER (*Zeitschrift für Heilkunde*, n° 1, p. 1, 1891).

I. — Kirchner a fait des recherches bactériologiques sur 29 cas de grippe, simple ou compliquée de pneumonie ou de pleurésie.

Dans tous les cas, il a trouvé dans les crachats, un diplocoque capsulé abondant surtout au début de la maladie. Très souvent il existait seul ou bien l'emportait de beaucoup comme quantité sur les autres espèces bactériennes. Ce diplocoque offre maintes ressemblances avec celui de la pneumonie; mais il s'en distingue parce qu'il est toujours plus petit et plus arrondi, qu'il se décolore par la méthode de Gram et végète luxueusement sur l'agar. Kirchner l'a retrouvé trois fois dans le sang des grippés et dans les deux épanchements pleuraux ponctionnés, tandis qu'il ne l'a jamais rencontré dans l'expectoration d'autres malades ou d'individus sains. Ses tentatives d'inoculation ont échoué sur les souris blanches. Des deux cobayes inoculés dans la cavité péritonéale, l'un a succombé n'offrant d'autres lésions qu'une hyperémie pulmonaire; mais le suc pulmonaire, le sang du cœur et la rate renfermaient le diplocoque capsulé. Deux lapins inoculés ont résisté.

J. B.

II. — En examinant dès le début de la maladie le sang d'individus atteints d'influenza, et en l'absence de toute complication, l'auteur a découvert deux microbes inconnus jusqu'ici, et il a réussi à les cultiver. L'un d'eux, qu'il désigne par le chiffre I, constitué par des cellules arrondies d'un demi-pouce de diamètre, n'est pas pathogène pour les animaux chez lesquels il a été expérimenté (lapins, chiens, chevaux, etc.). L'autre, qu'il désigne sous le nom de microbe II, est constitué aussi par des cellules rondes de 1 pouce à 1 p. et quart et est plus facile à cultiver. Il est pathogène pour le chien et le cheval, et produit chez eux des symptômes fort analogues, pour ne pas dire identiques à ceux de l'influenza chez ces animaux: élévation de la température, trouble de l'état général, manifestations vers les muqueuses, etc. L'injection simultanée des deux micro-organismes donne lieu aux mêmes phénomènes que celle du dernier seul.

Ce microbe II perd très rapidement dans le sang des animaux en expérience ses propriétés de saprophyte. Si, dans des bouillons anciens qui ont servi à le cultiver et qui ont été stérilisés depuis, on ensemence

le bacillus pneumoniæ de Friedländer et le streptocoque pyogène, ceux-ci se développent plus vigoureusement que dans le bouillon de viande frais et peptonisé.

Ce microbe meurt rapidement dans l'eau stérilisée, tandis qu'il se développe encore volontiers dans des bouillons qu'il a déjà utilisés et qui ont été ensuite stérilisés.

LEFLAIVE.

I. — Contribution à l'étude expérimentale du charbon symptomatique, par G. H. ROGER (*Revue de médéc.*, mars 1891).

II. — Ueber Zerstörung... (Destruction du virus charbonneux dans le tissu cellulaire sous-cutané du lapin), par PEKELHARING (*Ziegler's Beitræge zur path. Anat.*, VIII, 2, p. 263, 1890).

III. — Ueber den Uebergang... (Passage du charbon de la mère au fœtus et altérations vasculaires causées par la bactériidie charbonneuse), par R. LATIS (*Ibidem*, X, 2, 1891).

I. — Le charbon symptomatique, ainsi que Arloing, Cornevin et Thomas l'ont établi, ne peut être communiqué au lapin à l'état normal, mais en associant le bacille du charbon symptomatique à un autre microbe inoffensif par lui-même, le *prodigiosus* par exemple, on peut arriver à vaincre l'immunité naturelle du lapin (Roger, *Soc. de Biol.*, 2 février 1889). Ce résultat peut être produit par l'association du bacille du charbon symptomatique avec d'autres microorganismes, tels que le staphylococcus pyogenes aureus, le proteus vulgaris, le streptococcus pyogenes.

Pour expliquer l'action des microbes auxiliaires, on peut admettre que les microbes agissent en tant qu'éléments vivants, soit en exerçant une action mécanique, soit en s'emparant des substances nutritives et de l'oxygène destinés aux tissus et en affaiblissant ainsi leur résistance; on peut penser aussi qu'ils sécrètent des substances chimiques capables d'altérer localement les muscles ou d'être absorbés et de troubler l'état général de l'organisme envahi.

Cette dernière hypothèse semble être la plus vraisemblable dans le cas présent. Roger a constaté, en effet, que la stérilisation préalable de la culture du micrococcus prodigiosus n'empêche pas l'action nocive du charbon symptomatique de se produire.

Par une série d'expériences, il est même arrivé à montrer que cette substance sécrétée est soluble dans l'eau, la glycérine, mais très peu dans l'alcool, qu'elle diffère de la triméthylamine et qu'elle s'altère à peine lorsqu'on la soumet à une température de 125 degrés.

Non seulement le charbon symptomatique se développe lorsqu'on injecte un mélange des deux solutions microbiennes, mais encore lorsqu'on injecte la culture du micrococcus prodigiosus en un point du corps ou dans une veine et la culture de charbon symptomatique dans un autre point. Il importe cependant que les deux inoculations aient lieu presque simultanément, car déjà au bout de 24 heures l'aptitude morbide produite par l'inoculation du micrococcus prodigiosus a presque complètement disparu.

L'immunité du lapin contre le charbon symptomatique peut être renforcée en le traitant au préalable, suivant une des méthodes indiquées par Arloing, Cornevin et Thomas, pour vacciner les animaux.

Toutes les expériences pratiquées sur le pigeon qui lui aussi est réfractaire au charbon symptomatique, lorsqu'on l'injecte seul, conduisent au même résultat.

Les lésions diverses pratiquées sur les membres des animaux, sections de nerfs, ligatures d'artères, de veines, courbature musculaire électrique, ne semblent pas favoriser le développement chez le lapin du charbon symptomatique, lorsqu'on inocule cet animal avec la culture pure sans aucun adjuvant ; en revanche le surmenage général, l'élévation et l'abaissement de la température centrale suffisent parfois pour permettre d'inoculer avec succès ces animaux.

Le bacille du charbon symptomatique sécrète des substances qui, introduites dans l'organisme du lapin, le modifient au point d'abolir momentanément son immunité naturelle, si on les injecte en même temps que le virus. Si, au contraire, on les introduit quelques jours avant l'inoculation, elles rendent l'animal réfractaire. Cette anomalie apparente s'explique par le fait que les substances microbiennes qui favorisent l'infection agissent en arrêtant momentanément la diapédèse. Au bout de quelques heures, leur effet s'est dissipé et l'aptitude morbide a disparu. Au contraire, l'immunité artificielle résulte d'une modification nutritive qui exige un certain temps pour se produire et se traduit par un changement dans la constitution des humeurs et des tissus.

Le sérum et les tissus des animaux naturellement réfractaires sont, après la mort, facilement envahis par le bacille du charbon symptomatique ; mais, sous l'influence de la vaccination, ils se modifient de façon que cet agent ne s'y développe plus que péniblement. Ce résultat doit être invoqué pour expliquer le mécanisme de l'immunité acquise.

Le sérum des animaux ayant reçu des inoculations préventives de charbon symptomatique devient plus bactéricide, non seulement pour le bacille du charbon symptomatique, mais aussi pour le streptocoque de l'érysipèle ; au contraire, il est parfois moins bactéricide qu'à l'état normal pour la bactériémie charbonneuse.

C. GIRAudeau.

II. — Pekelharing introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané de lapins des fragments de culture de charbon sur gélose enveloppés dans de petits tubes de papier parchemin, qui laisse dialyser le sérum, mais laisse difficilement passer les leucocytes. Au reste, d'après Metschnikoff, les leucocytes du lapin sont incapables de phagocyter les bactéries charbonneuses. Dans ces conditions et sous l'influence du sérum seul, après 10 à 20 jours, les bactéries sont devenues inertes, qu'elles fussent ou non sporulées. La virulence de la culture avait toujours été contrôlée par l'inoculation à un témoin. Il ne se produit pas là de vaccination, car, après ablation du sac de parchemin, une inoculation tue l'animal en 2 à 3 jours. Cependant on ne peut faire jouer un rôle exclusif au sérum dans la défense de l'organisme ; car le bacille charbonneux exerce une action attractive sur les leucocytes, et cette action diminue si on emploie des bacilles morts ; l'auteur s'en est assuré par divers procédés expérimentaux, tels que introduction sous la peau de boulettes d'ouate imbibée d'une solution chlorurée sodique, renfermant ou non des bactéries.

C. LUZET.

III. — Après avoir rappelé les travaux de ses devanciers, Latis expose une série de 15 expériences où 8 fois il put constater le passage de la

bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus chez le cobaye. Comment se fait ce passage ? Birch-Hirschfeld admet la possibilité de trois mécanismes : production d'hémorragies et pénétration par effraction dans la partie fœtale du placenta, passage par diapédèse, passage par les globules blancs. L'étude directe du placenta ne permet pas de résoudre la question ; aussi fait-il trois sortes d'expériences. Des fragments de moelle de sureau introduits dans le péritoine de cobayes infectés se remplissent de globules blancs et de bacilles libres.

Une cautérisation de la cornée d'un cobaye infecté montre la présence de bacilles libres au point cautérisé et dans les couches profondes au voisinage de ce point. Le mésentère d'un cobaye médiocrement infecté est normal, sauf la présence de bactériidies dans les vaisseaux ; si l'infection est moyenne, il se fait de la diapédèse et un passage de bacilles libres dans le mésentère ; ces phénomènes sont beaucoup plus marqués quand l'infection est intense. Latis pense qu'il en est de même dans le placenta et que l'infection se fait par le moyen de la diapédèse, fort active dans un organe à échanges si importants.

C. LUZET.

Drei Fälle von Gasegangrän (Trois cas de gangrène gazeuse), par E. WICKLEIN
(*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXV, 1).

La gangrène gazeuse est produite par des bacilles anaérobies, dont les cultures pures sont très virulentes quand elles sont inoculées au cobaye, tandis que les inoculations faites sur le cheval, le bœuf, le mouton, le chien, le lapin et le rat blanc sont sans effet. Les cobayes qui succombaient semblaient présenter les lésions de l'œdème malin. Cependant comme les autres espèces animales précitées n'ont aucune immunité contre le bacille de l'œdème malin, Wicklein croit qu'il n'est pas rationnel d'identifier le bacille de la gangrène gazeuse avec celui de l'œdème malin.

En résumé, chez l'homme, la gangrène gazeuse n'est pas une entité morbide : tandis que les uns ont trouvé dans cette maladie le bacille de l'œdème malin, Wicklein a rencontré un autre bacille, qu'il désigne sous le nom de *bacillus emphysematis maligni*.

ÉD. RETTERER.

Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur en 1890, par Léon PERDRIX
(*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 5, p. 344, 25 mai 1891).

En 1890, 1,546 personnes ont subi le traitement antirabique à l'Institut Pasteur. Sur ce nombre, il y eut 314 étrangers venant, pour le plus grand nombre, de la Belgique 101, du Portugal 67, de l'Angleterre 56, de l'Islande 21, de la Grèce 19, de la Hollande 17, etc.

Il y eut 11 décès par rage, après les inoculations, soit une mortalité de 0,71 0/0.

L'on sait que chez les chiens inoculés, après trépanation sous la dure mère, avec le virus de la rage des rues, la période d'incubation est de 14 à 18 jours. Il faut donc admettre que chez le malade dont la mort est survenue dans les 15 jours qui ont suivi la fin des inoculations, le traitement antirabique n'a pas eu toute son efficacité, les centres nerveux ayant été envahis pendant le cours du traitement. La mortalité réelle est donc de 0,32 0/0.

La mortalité, suivant le siège de la morsure, est très variable : 0,85 0/0 pour les morsures à la tête; 0,45 0/0 pour les morsures aux mains; 0, pour les morsures au tronc et aux membres.

Sur 416 personnes mordues par des animaux dont la rage a été expérimentalement démontrée, par le développement de la rage chez un animal inoculé ou mordu en même temps que la personne traitée, la mortalité a été nulle.

Sur 909 personnes mordues par des animaux reconnus enragés par un vétérinaire, la mortalité a été de 44 0/0 (4 morts).

Sur 215 personnes mordues par des animaux suspects de rage, la mortalité a été de 0,46 0/0 (1 mort).

La rage est en décroissance très marquée dans le département de la Seine : 113 cas au lieu de 263 en 1889 et 450 en 1888; il en est de même en Bretagne.

Par contre, il y a eu une véritable épidémie dans le département du Rhône (92 cas) et une augmentation notable dans les Alpes-Maritimes : 40 cas contre un en 1889; dans le Var, 19 au lieu de 3 en 1889 dans les Basses-Alpes, le Tarn, et le Lot-et-Garonne. L'Afrique fournit un assez fort contingent.

PAUL TISSIER.

I. — Zur Ätiologie des Wundstarrkrampfes, par RENVERS.

II. — Discussion de la Société de médecine interne (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 41, p. 948, 13 octobre 1890).

I. — Dans le cours des dernières semaines, Renvers vient d'observer 3 cas de tétanos à propos desquels il s'est livré à des recherches expérimentales et bactériologiques concernant l'étiologie et le traitement de cette affection. Chez 2 de ces malades, il s'agissait d'éclats de bois ayant blessé un doigt ou la plante du pied; des souris, des lapins et des chiens furent rendus tétaniques par l'inoculation soit des sécrétions de la plaie, soit de l'éclat de bois. Chez le 3^e malade, un ouvrier des champs, la porte de l'entrée du bacille ne put être découverte, et après la mort, on ne réussit pas non plus à déceler le bacille tétanique par l'inoculation ou par la culture des muscles contus, du bulbe, du sang, de la rate ni des autres organes.

Deux de ces malades succombèrent dans les quatre premiers jours, au milieu d'un accès convulsif, tandis que chez une femme âgée de 43 ans, l'affection prit une marche chronique et guérit au bout de plusieurs semaines.

Les expériences de Renvers confirment le fait que lorsqu'on l'inocule à des animaux, le bacille séjourne toujours à l'endroit inoculé, d'où il exerce ses effets toxiques. La raideur des muscles, qui commence toujours au voisinage de l'inoculation, progresse très lentement chez les gros animaux, tels que les chiens, et les convulsions ne se généralisent qu'après quelques jours.

Chez les animaux ayant succombé au tétanos inoculé, Renvers n'a pas découvert de lésions anatomiques au niveau de la moelle épinière ou des nerfs périphériques. Il est vraisemblable que la toxine du bacille tétanique se propage le long des nerfs. Dès que cette propagation s'est effectuée à l'entrée du point inoculé, la destruction locale des bacilles par

les caustiques, le fer rouge ou l'excision de la plaie ne peut plus arrêter l'explosion du tétanos.

Renvers n'a noté aucune atténuation de virulence dans ses cultures de bacilles tétaniques; la sixième génération était encore aussi toxique que la première.

Des conditions biologiques du bacille tétanique ressortent, au point de vue du traitement, les conséquences suivantes : L'amputation n'a aucune raison d'être, de même que la section des nerfs ou l'excision circulaire de la plaie. En se basant sur le développement anaérobie du bacille, Renvers conseille, en revanche, une large ouverture de la plaie, l'extraction des corps étrangers, la désinfection locale avec l'éther iodoformé; en même temps on prescrira un repos absolu tant intellectuel que corporel, du chloral et de la morphine.

II. — Guttman et Neumann ont fait des expériences d'inoculation sur les animaux, à l'occasion d'un cas de tétanos chez une femme de 56 ans morte quelques heures après son admission. L'autopsie de la malade, pratiquée 5 heures après le décès, fut négative pour les organes internes. A la jambe droite existaient plusieurs ulcères; à la gauche une petite plaie suppurant un peu. On inocula des souris blanches avec les ulcères, avec la plaie, avec le sang, avec le bulbe et avec la rate; seuls les animaux inoculés avec le pus de la petite plaie à la jambe gauche furent pris de tétanos.

Lüderitz a fait, il y a 2 ans, des expériences d'inoculation avec de la terre sur des souris blanches; il a provoqué chez ces animaux soit de l'œdème malin, soit du tétanos. Un second animal inoculé avec le pus de la plaie d'inoculation du premier est pris plus rapidement de tétanos, et chez un 3^e l'apparition des accidents est encore plus précoce. Dans les générations suivantes, le tétanos est tardif ou manque.

Ces expériences ont donné les mêmes résultats chez les lapins. Lüderitz en conclut que l'organisme animal n'est pas un terrain nourricier parfaitement approprié au développement des bacilles tétaniques.

Leyden rappelle que si Renvers a constaté des névrites périphériques à l'autopsie des hommes tétaniques, Rokitsky, de son côté, avait déjà signalé des foyers de sclérose, une sorte de névrite disséminée. J. B.

Sur une maladie parasitaire de l'homme transmissible au lapin, par DU CAZAL et VAILLARD (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 6, p. 353, 25 juin 1891).

Un médecin de la marine, âgé de 33 ans, de constitution herculéenne, ayant eu la dysenterie aux colonies, présenta une affection à évolution rapidement mortelle, à symptômes peu caractéristiques : état gastrique, hyperthermie moyenne avec soif vive, sécheresse extrême de la bouche, agitation terminée par des accidents de péritonite aiguë.

A l'autopsie, en dehors des lésions de péritonite récente, on trouva, criblant le péritoine des nodules de la grosseur d'un grain de millet à une lentille, blancs jaunâtres, à peine saillants, arrondis, de consistance molle, siégeant sous le péritoine ou dans la séreuse même, contenant une substance caséiforme, blanc jaunâtre, onctueuse au toucher, rappelant celle que l'on trouve dans les kystes dermoïdes; le pancréas est infiltré de nodules semblables dont un plus volumineux atteint le volume d'une noisette; un nodule dans le foie. Les ganglions mésentériques sont légèrement tuméfiés et rouges. Rien dans les autres organes.

Le centre des nodules présente des éléments en voie de désintégration ; à la périphérie on voit un réticulum fibrinoïde, à mailles inégales, englobant des leucocytes dégénérés. Vaisseaux épaissis d'apparence vitreuse, thromboses.

Les nodules contiennent de nombreux bâtonnets très courts, deux fois plus longs que larges, à bout arrondi, isolés ou articulés, pressant d'une manière homogène le bleu de Löffler ou montrant un espace clair au centre et se décolorant par la méthode de Gram.

Dans les cultures sur différents milieux, le même microbe mobile se montra à l'état isolé. Nous renvoyons au mémoire pour les caractères de ses cultures sur différents milieux, disons seulement qu'il liquéfie la gélatine, qu'il est indifféremment aérobie et anaérobie et croît abondamment à la température de 37°. Il se cultive aussi à 15°; sur gélose il donne une culture humide, opaline, translucide, qui s'étend rapidement et recouvre toute la surface d'une couche mince et uniforme qui s'épaissit ensuite, devient crémeuse, tout en restant transparente. Toutes ses cultures dégagent une odeur spéciale rappelant celle de l'urine putréfiée; il ne semble pas donner de spores.

Pathogènes pour la souris et le lapin, les cultures sont sans effet sur le cobaye, même à doses élevées.

Injecté au lapin, à fortes doses, il détermine de la diarrhée fétide, de la parésie des membres et la mort en 36 à 50 heures, on ne retrouve alors aucune lésion marquante.

Injecté dans le sang ou sous la peau, à doses moindres (1/2^{cc}), il détermine une maladie chronique curable (diarrhée, amaigrissement) et l'apparition de tumeurs surtout localisées dans le tissu sous-cutané, mais pouvant se montrer ailleurs (cavité thoracique) et possédant les mêmes caractères microscopiques, histologiques et bactériologiques que celles observées chez le malade.

PAUL TISSIER.

Influence des nerfs sensitifs sur l'infection érysipélateuse, par ROGER (Soc. de biologie, 22 novembre 1890).

La section du grand sympathique hâte la guérison de l'infection érysipélateuse et empêche la mutilation de l'oreille inoculée.

La section des nerfs sensitifs favorise l'infection qui peut aboutir au sphacèle et entraîner la perte d'une portion de l'organe atteint. G. LION.

Die Ursache der Immunität... (La cause de l'immunité, la guérison de maladies infectieuses, spécialement du rouget du porc et un nouveau procédé de vaccination contre cette maladie), par R. EMMERICH (Münch. med. Woch., p. 339 et 356, 12 et 19 mai 1891).

La cause de l'immunité réside dans une modification des processus chimiques de la cellule et non comme le pense Metschnikoff dans la seule phagocytose. Cette opinion d'Emmerich, admise par Flügge, Baumgarten, Ziegler, est due à une toxine bactéricide sans action nuisible sur les cellules, qui prend naissance dans les cellules irritées par l'invasion bactérienne récente ou bien qui est formée par une combinaison des produits modifiés de désassimilation cellulaire avec les produits de la nutrition des bactéries.

Emmerich a pu guérir des lapins et des souris blanches qui avaient été infectés avec de grandes quantités de bacilles du rouget en pleine

virulence, en leur injectant du suc filtré sur porcelaine des tissus d'un lapin devenu entièrement réfractaire par l'action successive de petites doses de cultures.

Une souris infectée avec un demi-centimètre cube de bouillon de culture, puis immédiatement soumise à une injection de 1^{cc},7 de liquide de lapin réfractaire, montre après 6 heures des bacilles virulents au point d'inoculation et dans le foie. Rien dans la rate, ni le rein. Dans les mêmes conditions, après 8 heures, une autre souris n'en présente plus nulle part.

C. LUZET.

Untersuchungen über die Lebensdauer der Cholera-bacillen im menschlichen Koth (Durée de vie des bacilles cholériques dans les excréments humains) par W. KAUPÉ (*Zeitschr. f. Hyg.* 1890 et *Hygienische Rundschau*, I, 259, 1^{er} avril 1891).

Kaupe a réparti entre 5 ballons stérilisés des matières fécales non stérilisées de personnes saines ; puis, agitant la masse avec de l'eau distillée stérilisée, de façon à former une bouillie claire, il y ajoutait 10 centimètres cubes d'un bouillon de viande nourricier, alcalin, inoculé avec des bacilles cholériques ; enfin, il obturait les ballons avec de la ouate et les conservait à une température de 12 à 15°.

Les échantillons prélevés montraient au bout de 5 heures des bacilles cholériques encore vivants, tandis qu'il n'en existait plus au bout de 24 heures.

Kaupe admet que la réaction acide du mélange est la cause essentielle de cette mort rapide des bacilles cholériques.

Pour s'assurer si la présence de saprophytes ne jouait pas aussi un rôle à cet égard, il a examiné des bacilles cholériques placés dans des matières fécales acides stérilisées, et a constaté leur disparition au bout de 11 jours. Il en conclut que les saprophytes, qui se trouvent à l'état normal dans les excréments, ont une part dans la disparition précoce des bacilles cholériques. Mais il ajoute que pendant la stérilisation dans l'étuve à vapeur, il se produit, au sein des matières fécales, des modifications chimiques qui exercent également et indubitablement une influence sur les phénomènes de croissance des bactéries.

J. B.

Ueber die durch das Wachsthum der Cholera-bakterien entstehenden chemischen Umsetzungen (Métamorphoses chimiques résultant de la croissance des bacilles cholériques), par PETRI (*Arbeiten aus d. kaiserl. Gesundheits-Amte* 1890 et *Hygienische Rundschau*, I, 135, 15 février 1891).

1° Après quelque temps de croissance sur un bouillon de viande contenant jusqu'à 10 0/0 de peptones, les spirilles du choléra produisent de la tyrosine. 40 jours après leur ensemencement, les micro-organismes étaient déjà morts, tandis que 20 jours plus tôt, ils étaient encore viables et accompagnés de cristaux de tyrosine. Celle-ci a été également constatée dans des œufs (infectés avec les bacilles cholériques), qui avaient incubé 21 jours à l'abri de l'oxygène. Enfin, la tyrosine a été retrouvée dans des cultures cholériques après 10 à 17 jours de croissance sur de la bouillie de viande. La tyrosine est inoffensive pour les animaux.

2° Les cultures cholériques putréfiées sur du bouillon de viande à

10 0/0 de peptones contiennent de la leucine, de l'indol, de l'ammoniaque et des acides gras volatils.

3° Les spirilles cholériques donnent également lieu à formation d'une substance toxique, du genre des peptones, que Petri appelle toxopeptone. On l'obtient de la façon suivante : On filtre des cultures putréfiées de bacilles cholériques pour les débarrasser de la tyrosine, on les acidifie avec l'acide acétique et on les verse goutte à goutte dans un volume décuple d'alcool absolu. Le précipité est dissous dans l'eau, reprécipité par l'alcool et l'on recommence plusieurs fois la série de ces manipulations. On recueille ainsi un liquide toxique pour les cobayes. La plupart d'entre eux tombent déjà malades une heure après l'injection : ils sont pris de tremblement, traînent leurs membres postérieurs, se laissent saisir sans essayer de s'échapper et sont froids au toucher. A leur autopsie, on trouve plusieurs centimètres cubes de sérosité citrine dans la cavité abdominale et de la stase veineuse des viscères qui présentent des ecchymoses disséminées.

La toxopeptone, dissoute dans l'eau, peut être portée à 100° dans un jet de vapeur, sans perdre de sa virulence ; elle fournit alors les réactions caractéristiques des peptones ; elle ne renferme pas d'albumose. J. B.

Micro-organismes de l'urètre normal chez l'homme, par E. PETIT et MELVILLE-WASSERMANN (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, juin 1891).

En expérimentant sur un grand nombre d'hommes n'ayant jamais eu la blennorrhagie ni aucune affection des voies urinaires, E. Petit et Melville-Wassermann ont toujours trouvé l'urètre et le méat habités par des micro-organismes divers (cinq microcoques, six bacilles, deux sarcines et deux levûres), dont ces auteurs donnent la description différentielle dans leur travail. Ils n'ont pas toujours rencontré les mêmes espèces dans les différents urètres ; et souvent, dans l'urètre d'un même individu, ils ont pu constater des différences notables entre les espèces du méat et celles des parties profondes du canal. En tous cas, aucune ne leur a semblé pathogène dans les conditions ordinaires, tandis que la plupart d'entre elles décomposent l'urée. Jamais ces deux auteurs n'ont constaté dans l'urètre normal la présence des pseudo-gonocoques signalés par Lustgarten et Mannaberg, non plus que les micro-organismes indiqués par Rovsing.

R. JAMIN.

Ueber Puerperaleklampsie (Sur l'éclampsie puerpérale), par Alex. FAVRE (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIII, 2 et 3, et CXXIV, 2).

Favre fit une série de cultures avec l'infarctus blanc du placenta provenant de femmes ayant eu des attaques d'éclampsie puerpérale. Il put ainsi isoler un micrococcus eclampsiae d'un diamètre de 0,7 à 0,8 μ ; cultivé sur l'agar ou la gélatine, il donna lieu à des points transparents. En injectant à des lapins, F. obtint fréquemment des lésions néphritiques se traduisant par l'apparition de l'albumine dans l'urine et un trouble parenchymateux des reins.

En injectant ces cultures dans le système circulatoire de lapins bien portants, il observa des troubles dans la température, qui subit le plus souvent un abaissement.

L'injection des cultures pures de ces micro-organismes, faite sur des

lapins ayant subi l'ablation des deux reins, provoqua une mort rapide précédée des symptômes suivants : anxiété, agitation, tentatives de fuite, faiblesse musculaire généralisée, etc.; les convulsions firent défaut.

L'injection d'anciennes cultures, pratiquée sur les lapins auxquels on n'avait enlevé qu'un seul rein, donna lieu à une mort rapide accompagnée des mêmes symptômes.

L'injection de cultures *récentes* ou de l'émulsion de ces champignons, faite dans les vaisseaux sanguins de lapins privés de l'un des reins, provoquèrent d'abord les mêmes symptômes que précédemment, mais ils furent bientôt suivis de convulsions cloniques des extrémités antérieures. Souvent il survint, à la suite de ces accidents, des convulsions tétaniques avec opisthotonos et des contractures dans les muscles de la face et de l'oreille.

Ces faits semblent montrer que le microcoque décrit est capable de produire des néphrites gravidiques et des accès d'éclampsie.

En mettant un obstacle à la sécrétion urinaire, on détermine dans l'urine la rétention de certains principes qui agissent sur le système nerveux central et surtout sur l'encéphale. Telle serait la cause déterminante des convulsions.

ÉD. RETTERER.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

I. — Recherches sur l'action de l'atropine, par L. SABBATANI (*Arch. ital. de biologie*, XV, p. 196, et *La Riforma medic.*, janvier 1891).

II. — Passage de l'atropine par le lait, par S. FUBINI et O. BONNANI (*Arch. ital. de biol.*, XV, p. 47, et *Soc. tosc. di scienze nat.*, 6 juillet 1890).

I. — L'auteur recherche les points suivants :

1° Quelle action exerce l'atropine, au commencement de la chloroformisation.

De tous les animaux, chiens, lapins, cobayes, aucun ne mourut dans la première période d'excitation de la chloroformisation, fait qui se produit souvent en l'absence d'atropine;

2° Dans le cours de la chloroformisation, la pression n'est pas changée; les pulsations sont plus rapides.

Quant à la respiration, l'auteur affirme que l'atropine a sur le centre respiratoire un pouvoir excitant qui se distingue par une plus grande profondeur des actes respiratoires. L'atropine diminue d'ailleurs le danger de l'arrêt respiratoire; si celui-ci se produit, il peut quelquefois se soutenir jusqu'à 6 minutes sans entraîner la mort. L'atropine doit être employée comme un moyen préservatif des accidents par la chloroformisation.

Il y a accoutumance à l'atropine, par exemple chez le lapin, animal qui est peu sensible à son action : de même pour les grenouilles.

II. — Le lait d'une chienne et d'une chatte à qui l'on a injecté de l'atropine est introduit sous la peau d'un autre animal.

Chez celui-ci, l'excitation du vague n'arrête plus les battements du cœur. Donc, l'atropine s'élimine en proportions notables par le lait.

DASTRE.

Report on the action of thebaine, narcotine and certain of their derivatives, par Ralph STOCKMAN et B. DOTT (*Brit. med. j.*, p. 157, 24 janvier 1891).

Les recherches des auteurs sur les alcaloïdes de l'opium, avec expériences à l'appui sur diverses espèces animales, peuvent ainsi se résumer :

a. *Thébaïne*. — Son action est voisine de celle de la strychnine. A petite dose, elle donne lieu à un stade de narcotisme, suivi d'une série de convulsions tétaniques. A haute dose, elle détermine d'emblée le tétanos.

b. *Sulfate de méthylthébaïne*. — Étudié d'abord par Crum Brown et Fraser. Son action est très différente. Injecté sous la peau, il exerce un effet déprimant sur la moelle et paralyse les nerfs moteurs avec une certaine lenteur. A haute dose, il est, au contraire, excitant de la moelle et convulsivant. Il en est de même quand on associe l'action de la morphine et de la codéine.

c. *Narcotine*. — Action tout à fait semblable à celle de la morphine, mais plus faible. Cette substance, en s'oxydant, se dédouble en acide opianique et en cotarnine.

d. *L'hydrocotarnine* a des effets très analogues à ceux de la narcotine. L'animal est d'abord léthargique, puis plus tard a de l'exagération des réflexes, sans arriver jusqu'à la tétanisation. Comme les autres alcaloïdes de l'opium, il paralyse les terminaisons des nerfs moteurs, mais ne détermine de paralysie complète que quand on fait pénétrer l'injection dans l'aorte abdominale directement.

e. *La cotarnine* a des effets identiques à ceux de l'hydrocotarnine.

f. *Méconoïsine*. — Cette substance, découverte par Smith, a pour effet d'exagérer les réflexes des grenouilles quand on l'injecte sous la peau à la dose de 1 à 2 centigrammes : à 3 ou 4 centigrammes, on détermine du tétanos.

H. R.

Ueber die therapeutische Wirkung des Diuretin, par Theodor GEISLER (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 15, p. 365, et n° 17, p. 420; 13 et 27 avril 1891).

Geisler a administré le natrosalicylate de théobromine, jusqu'à la dose de 6 grammes par jour, dans 4 cas d'affections cardiaques, 2 de néphrite, 1 de cirrhose hépatique et à un individu sain. Il conclut :

La diurétine élève incontestablement la pression sanguine, en dépit des assertions contraires de Gram (*R. S. M.*, XXXVII, 469) et de Koritschoner (*Wiener klin. Wochens.* 1890, n° 39). Sous le rapport clinique, c'est non seulement un diurétique, mais aussi un médicament cardiaque. Elle agit surtout favorablement dans les troubles circulatoires dus à des insuffisances valvulaires. Son action est beaucoup moins

marquée (surtout comme diurétique) dans les affections du myocarde. Ses effets dans la néphrite aiguë sont beaucoup plus accentués en ce qui touche la diurèse et les œdèmes que dans la néphrite chronique. Dans l'un et l'autre cas, elle n'augmente pas l'albuminurie. Chez le malade atteint de cirrhose de foie, elle n'a pas accru la diurèse. Chez un individu sain, elle a un peu augmenté la quantité des urines. (*R. S. M.* III 78, XXX, 481; XXXVI, 494 et XXXVII, 486).

J. B.

Wirkung und Nebenwirkung des Diuretins (Action principale et secondaire de la diurétine), par SCHMIEDEN (*Centrbl. für klin. Med.*, n° 30, p. 569, 1891).

Le salicylate de soude et de théobromine, ou diurétine, est un excellent diurétique dans la plupart des maladies du cœur, qu'elles proviennent de lésions valvulaires ou d'artériosclérose. Il agit de même dans les maladies rénales aiguës ou chroniques. Néanmoins pour chaque cas particulier il est impossible de dire à l'avance quelle sera l'efficacité du médicament, dont l'action semble porter directement sur le parenchyme sécrétant du rein.

La diurétine ne semble pas avoir pour effet de régulariser les mouvements du cœur, ni de relever la pression sanguine. Quelquefois, au contraire, soit après avoir produit la diurèse, soit sans avoir donné ce résultat, elle paraît causer une accélération du pouls avec tendance à l'arythmie. Cette action secondaire peut obliger à interrompre la médication.

Contrairement à ce que l'on observe pour la digitale au point de vue diurétique, l'action de la diurétine cesse avec l'administration du médicament et ne se prolonge pas quelques jours après son emploi.

LEFLAIVE.

Klinische Versuche über das Diuretine Knoll (Recherches cliniques sur la diurétine de Knoll), par KORITSCHONER (*Wiem. klin. Wochens.*, n° 39, 1890).

La diurétine a été expérimentée sur 38 malades atteints d'anasarque de causes variées, et sur 3 malades atteints de rhumatisme articulaire aigu. La dose minimum a été de 4 grammes par jour, et celle maximum de 10 grammes ; la dose moyenne est de 5 à 6 grammes, que l'on fait prendre, quelque temps après le repas, dans de l'eau chaude additionnée ou non de bicarbonate de soude. Dans tous les cas il y a eu diurèse et l'effet s'est montré généralement dès le troisième jour après le début du traitement. On obtient les résultats les plus remarquables dans l'hydropisie d'origine cardiaque, puis dans celle dépendant de troubles de la circulation porte ; les néphrites sont moins favorables. Dans ces derniers cas surtout, une certaine quantité d'eau est éliminée par l'intestin sous forme de diarrhée très aqueuse. Cette diarrhée s'arrête dès qu'on cesse l'administration de la diurétine. Ce médicament n'est nullement irritant pour les reins ; il n'agit pas sur le cœur et peut être administré pendant longtemps d'une façon continue.

LEFLAIVE.

Calorimetrische Untersuchungen über die Wirkungsweise des Chinins und Antipyrins, par R. GOTTLIEB (*Archiv für experimentelle Pathol. und Pharmak* XXVIII, p. 167).

Avec 1 à 2 décigrammes de quinine, la production de chaleur chez le

lapin se trouve diminuée. La diminution atteint chez les animaux normaux 8 à 10 0/0 : chez les animaux hyperthermiés par une piqûre du cerveau, 40 0/0. La déperdition est diminuée en même temps. Avec 5 décigrammes d'antipyrine, la déperdition est accrue. L'augmentation atteint chez le lapin normal 10 0/0 à 20 0/0 et jusqu'à 55 0/0 chez les animaux hyperthermiés par une piqûre du cerveau. La production de chaleur est accrue simultanément. Ces faits permettent de comprendre comment la chaleur animale chez les animaux et chez l'homme sain est plus difficile à abaisser que chez l'animal fébricitant. Si l'on veut abaisser rapidement la température trop élevée d'un animal, il faut recourir à l'antipyrine : si l'on veut produire, au contraire, un abaissement durable, plus prolongé, il faut recourir à la quinine.

DASTRE.

Pituri and Nicotin, par J. N. LANGLEY et Lee DICKINSON (*The Journal of Physiology*, vol. XI, p. 265).

Le pituri est un alcaloïde extrait des feuilles d'un arbrisseau australien, le *Duboisia Hopwoodii* : il aurait, d'après Liversidge (1880), la formule $C_{12}H_{16}Az_2$ et différerait de la nicotine avec laquelle Petit l'a identifié. Les auteurs rappellent d'abord les observations antérieures de Petit, Bancroft (1872-1879), Ringer et Murrell (1879), Fraser (1879). Ils les reprennent à nouveau et ils concluent que l'action du pituri est physiologiquement identique à celle de la nicotine. L'impossibilité de saisir la moindre différence à cet égard, les amène à conclure que les feuilles de pituri contiennent de la nicotine. — A. La première série de recherches porte sur la grenouille. Lorsque l'on emploie de petites doses, on voit se succéder les phases suivantes : 1° phase d'excitation, à la fin de laquelle les cœurs lymphatiques s'arrêtent ; 2° phase de contracture, rigidité tonique et catalepsie, respirations abdominales rares, anesthésie débutante et qui ira s'accroissant ; 3° repos, trémulations musculaires, cessation des mouvements respiratoires, diminution des actions réflexes ; 4° flaccidité ; 5° paralysie du système nerveux central, plus de réflexes ; 6° paralysie des terminaisons motrices : les muscles sont encore excitables et le cœur continue de battre. L'action cardiaque est la suivante : ralentissement des battements, longue diastole : puis paralysie du vague, son excitation produisant une accélération au lieu d'un arrêt. La nicotine paralyse les cellules nerveuses en général. Elle paralyserait ici les cellules nerveuses du vague. L'excitation du sinus ou des oreillettes arrête cependant encore le cœur. Les fibres du vague sont excitées vainement en amont et non en aval des cellules. La nicotine n'empêche point l'effet accélérateur provenant de l'excitation du sympathique. Langley et Dickinson pensent que les fibres accélératrices ne finissent pas dans le ganglion du vague, mais dans l'un ou l'autre des ganglions de la chaîne sympathique. Il n'y aurait pas de cellules nerveuses excito-motrices dans le cœur, pas de centre nerveux automoteur intra-cardiaque. La muscarine arrête le cœur (même après l'action de la nicotine) : l'atropine met fin à l'arrêt de la muscarine : l'un et l'autre alcaloïde agiraient sur les terminaisons nerveuses musculaires, tandis que la nicotine agirait sur les cellules. — B. La seconde série de recherches a porté sur les mammifères. On sait que la nicotine produit de l'excitation musculaire,

des contractions cloniques, convulsions, opisthotonos. Ces effets sont précédés d'une élévation de la pression sanguine, un ralentissement du cœur, des respirations profondes et calmes. Celles-ci s'arrêtent enfin. Il y a généralement dilatation pupillaire. La stimulation du sympathique cervical n'agit plus sur la pupille en amont du ganglion cervical, mais agit en aval. Les auteurs n'ont jamais observé l'effet de constriction pupillaire signalé par quelques physiologistes chez le chat et le chien : on l'observe au contraire chez le lapin. Jusqu'à un certain degré la nicotine accroit les réflexes : le réflexe provoqué par contact de la cornée cesse avant celui du contact de la conjonctive. La pression sanguine et la vitesse des battements sont très diminués, après un accroissement très court. Il y a stimulation des centres inhibitoires médullaires et cardio-accélérateurs. Au point de vue vaso-moteur, on observe une constriction primitive suivie par une dilatation, dans certaines régions : c'est l'inverse dans d'autres.

DASTRE.

Contribution à l'étude de l'action de la nicotine sur la circulation, par E. WERTHEIMER et E. COLAS (*Archives de physiologie*, p. 341, 1891).

Voici les résultats de ce travail : 1^o Cœur. — La destruction des nerfs et des centres accélérateurs extrinsèques ne supprime pas l'augmentation de fréquence des battements du cœur, produite par la nicotine dans la deuxième phase de son action : l'influence du poison peut donc s'exercer seulement sur les ganglions accélérateurs intrinsèques. L'augmentation d'excitabilité du muscle cardiaque dans l'empoisonnement par la nicotine est mise en évidence par ce fait, que dans quelques cas, la pointe du cœur répond à une excitation unique par une série de pulsations.

2^o Vaisseaux. — Le volume des organes abdominaux (enregistré) diminue, tandis que la pression générale augmente. Plus tard vient une phase inverse, augmentation de volume, diminution de pression. Dans le premier cas, il y a constriction vasculaire splanchnique ; dans le second cas, relâchement. Pendant l'ascension de la pression, la muqueuse des lèvres et de la langue se congestionne par les vaso-dilatateurs excités. Après destruction complète de la moelle épinière, l'injection de nicotine détermine encore une augmentation de tension artérielle qui peut aller à 12 centimètres. De même si l'on énerve complètement un des côtés de la langue ou des lèvres, la rougeur de ces parties, produite par la nicotine, est aussi manifeste que du côté sain. Il semble y avoir dans ces cas des actions vaso-motrices purement périphériques.

DASTRE.

Das Resorcin als inneres Mittel... (La résorcine comme médicament interne d'après une expérience de neuf années), par MENCHE (*Centralbl. für klin. Med.*, n^o 21, p. 377, 1891).

La résorcine, excellent antiseptique du tube digestif, a l'avantage d'être peu toxique et d'une administration facile. Dans la gastro-entérite des enfants elle arrête rapidement les fermentations et fait cesser les vomissements et la diarrhée ; toutes les deux heures on donne une cuillerée à café d'une solution au 200^e ou au 300^e, suivant l'âge. Chez l'adulte, dans le choléra nostras, dans les diverses gastrites et le cancer, elle

donne de très bons résultats à la dose d'une cuillerée à soupe d'une solution à 1 0/0 toutes les deux heures. Elle est contre-indiquée dans l'ulcère simple.

Elle serait également utile contre les vomissements de la grossesse et du mal de mer, et aurait aussi d'excellents effets comme hypnotique. Ce médicament, à la condition d'être chimiquement pur, peut être administré pendant plusieurs mois de suite sans inconvénients. LEFLAIVE.

I. — La pipérazidine dans les affections mentales, par E. SCHULTZE (*Therap. Monatsheft*, avril 1891).

II. — Recherches sur la pipérazidine, par UMPFENBACH (*Ibidem*, avril 1891).

I. — Lorsque Brown-Séquard eut fait connaître l'action de l'émulsion testiculaire, on chercha à en isoler le principe actif. Pöhl crut le trouver dans la spermine, et il obtint, en injectant 0,01 à 0,02 de cette substance, des effets comparables à ceux employés par l'auteur français. On lui substitue aujourd'hui un produit obtenu synthétiquement, la pipérazidine.

Schultze, à la suite d'une injection de 0,02, éprouva une vive douleur locale passagère avec un peu de congestion, sans aucun autre symptôme. Il l'a injectée plus de deux cents fois aux doses de 0,01 à 0,1 par jour; la douleur locale est constante et d'autant plus vive que la dose est plus forte. Les symptômes irritatifs locaux sont fréquents, mais légers; jamais d'abcès.

Il ne constata aucune modification du pouls. Une seule fois chez 16 malades, la force musculaire, évaluée au dynamomètre, augmenta : le retour du sommeil, la sensation d'une vigueur exceptionnelle sont fréquemment accusés par les malades. Mais les injections de chlorure de sodium ont le même effet. Il n'y eut d'exception que pour un malade. Aucune action sur la stupeur, sur l'intelligence, la sensibilité, la motilité.

II. — Umpfenbach a employé la pipérazidine à l'intérieur à la dose de 0,5 plusieurs fois par jour, et en injections sous-cutanées jusqu'à 0,30 par jour. Ces dernières sont très douloureuses et produisent des infiltrations rénales.

Pas d'action sur l'appétit ni sur la digestion. Plusieurs malades accusèrent des vertiges. La température, le pouls, la menstruation ne sont pas influencés.

Dans la stupeur, effet souvent nul, toujours passager, quelquefois insomnie et agitation. Aucune action sur les mélancoliques. Deux fois seulement la diurèse fut augmentée; pas d'albuminurie. C'est le seul effet net de la pipérazidine, qui semble aussi pouvoir agir sur la contractilité vésicale.

PAUL TISSIER.

Ueber Orexinwirkung, par MATTHES (*Münchener med. Woch.*, p. 266, 14 avril 1891).

Reprenant les recherches de Penzoldt, l'auteur étudie l'action de l'orexine sur la sécrétion chlorhydrique du suc gastrique. Il n'a obtenu d'augmentation de la chlorhydrie et de l'appétit que chez des chlorotiques, des phthisiques au début, des neurasthéniques. Si l'on s'adresse à des hyperchlorhydriques, l'orexine est incapable d'augmenter la sécré-

tion acide. Il va sans dire qu'elle est sans action chez les cachectiques, dans les états atrophiques de la muqueuse gastrique et dans les dégénérescences amyloïdes des organes.

C. LUZET.

I. — Sur la toxicité du mono et du bichloral-antipyrine, par E. GLEY (*Soc. de biol.*, 21 juin 1890).

II. — Contribution à l'étude expérimentale du mono et bichloral-antipyrine, par SCHMITT (*Ibidem*, 5 juillet 1890).

I. — Le mono et le bichloral-antipyrine ont à très peu près l'action physiologique du chloral; ils produisent comme lui le sommeil puis l'anesthésie, ont la même influence sur la respiration et la circulation et amènent la mort par le même mécanisme.

Mais les doses toxiques de ces deux corps ne sont pas en rapport avec la dose de chloral qu'ils contiennent. L'expérience démontre que le chloral du monochloral-antipyrine est toxique à la dose de 0^{sr},40 à 0^{sr},45 et 0^{sr},50 par kilogramme d'animal tandis que le chloral du bichloral-antipyrine n'est toxique qu'à la dose de 0^{sr},60 à 0,80 par kilogramme d'animal.

Cette différence tient probablement à ce que l'antipyrine détermine des troubles cardiaques qui s'ajoutent aux troubles produits par le chloral. Ainsi le bichloral-antipyrine est un peu plus toxique que le chloral (toxique seulement à la dose 0^{sr},70 à 0^{sr},75 par kilogramme d'animal) et un peu moins que le monochloral-antipyrine qui contient une plus forte proportion d'antipyrine.

II. — Le monochloral-antipyrine présente sur l'hydrate de chloral les avantages d'une administration plus facile, d'effets soporifiques plus accusés (la question des effets analgésiques étant réservée), enfin d'une action moins défavorable sur la circulation.

Le bichloral-antipyrine ne présente aucun avantage sur le monochloral-antipyrine ni sur le chloral hydraté.

G. LION.

Recherches cliniques sur l'élimination de l'antipyrine chez les enfants, par PERRET et GIVRE (*Lyon méd.*, 7 juin 1891).

Perret a traité un grand nombre de maladies chez l'enfant par l'antipyrine à la dose de 1 à 2, 3, 4 grammes par vingt-quatre heures sans observer aucun accident. Il a pensé que l'élimination par l'urine se faisait chez l'enfant plus rapidement et plus facilement que chez l'adulte.

A cet effet les auteurs ont institué quelques expériences pour rechercher à quelle dose la réaction dans l'urine était nettement sensible. Avec le perchlorure de fer, la réaction est très nette à la dose de 1/25000^e dans l'eau, un peu moins dans l'urine. Avec l'acide azoteux, la réaction est un peu moins nette, 2/25000^e.

Si l'on examine par ces procédés les urines comparées d'enfants et d'adultes, après l'ingestion d'antipyrine, on constate que chez les uns comme chez les autres, l'élimination du médicament commence au bout de trois quarts d'heure; mais l'enfant élimine beaucoup plus rapidement le produit (quinze à vingt heures) que l'adulte (vingt-quatre à trente heures) et celui-ci que le vieillard.

Les conditions d'accumulation du médicament n'influent nullement

sur la dose d'apparition dans l'urine mais exagèrent notablement la durée d'élimination.

A. CARTAZ.

A contribution to the study of chloralamide, par John GORDON (*Brit. med. j.*, p. 1060, 16 mai 1891).

Le chloralamide semble être un hypnotique plus sûr que les autres et qui a l'avantage de ne pas déprimer les centres cardiaques, cérébraux et respiratoires. Gordon a étudié soigneusement son action physiologique sur les grenouilles, et voici le résultat de ses expériences :

1° Diminution de l'irritabilité réflexe de la moelle, sans anesthésie périphérique ;

2° Action somnifère, ralentissement de la respiration et du cœur sans abaissement du pouls. ;

3° Perte de la conductibilité des nerfs moteurs et destruction de l'irritabilité musculaire ;

4° Accroissement de l'excrétion de l'urée par les petites doses de médicaments, diminution par les grosses doses ;

5° Diminution des phosphates excrétés ;

6° Absence d'action sur la quantité d'urine émise, sur la température du corps, sur la digestion.

Chez les personnes saines, le sommeil est obtenu avec une dose de 1 gr. 25. L'insomnie est combattue avec succès, quand il ne s'agit pas d'une insomnie provoquée par la douleur. Le sommeil survient une demi-heure après l'administration du médicament : il est ordinairement calme et tranquille, sans lourdeur de tête.

H. R.

Note sur l'action comparative du chloral et de la chloralamide. Action thérapeutique de la chloralamide, par MAIRET et BOSC (*Soc. de biologie*, 21 juin 1890).

D'une manière générale l'action du chloral et de la chloralamide est semblable chez le chien. A dose égale, les effets de la chloralamide sont moins marqués que ceux du chloral, et pour obtenir des effets semblables il est nécessaire d'augmenter les doses de chloralamide dans la proportion de 4 à 3. Le sommeil produit par la chloralamide est plus agité.

Chez l'homme (dans la manie, la paralysie générale, la démence sénile) la chloralamide a dû être administrée pour produire le sommeil aux doses, variables suivant l'agitation, de 2, 3, 4, 5, 6 grammes. La dose de 6 grammes n'a pu être administrée qu'une seule fois, car elle a produit des vomissements et un sentiment de fatigue (voy. *R. S. M.*, XXXVIII, 88).

G. LION.

Ueber das Verhalten des Harns nach grossen Thymoldosen (L'effet du thymol à haute dose sur l'urine), par BLUM (*Deutsche med. Woch.*, n° 5, p. 186, 1891).

A l'exemple de Bohland, l'auteur a fait ingérer, dans cinq cas, le thymol à la dose de 3 à 5 grammes. Trois fois il a observé de la diarrhée. L'urine est constamment acide et contient des cristaux d'acide urique en grande quantité. En ajoutant quelques gouttes d'HCl, on obtient une coloration bleu-vert ; il est facile de se convaincre que la matière colo-

rante n'est pas l'indigo. Cette matière est soluble dans l'alcool et peut être conservée ainsi pendant des semaines. En ajoutant de l'ammoniaque ou de la lessive de soude, le bleu se transforme en rouge pourpre; mais il est facile de retrouver la teinte bleue en acidifiant de nouveau à l'aide de l'HCl ou de l'acide sulfurique.

Cette substance colorante est analogue à celle qu'on trouve, par des procédés analogues, dans l'urine des sujets qui ont ingéré de l'acide phénique.

Le chromogène existe en si faible quantité qu'on ne peut l'isoler facilement. Il constitue un produit d'oxydation.

On trouve, en outre, dans l'urine, du thymohydrochinon, du thymol à l'état de pureté et un acide non déterminé.

L. GALLIARD.

Klinisch-experimentelle Studien über chirurgische Infektionskrankheiten, par Julius FESSLER (*Munich 1891 et Hygienische Rundschau, I, 261, 1^{er} avril 1891*).

Fessler, considérant les bons résultats que les préparations d'ichthyol fournissent dans le traitement de l'érysipèle, a expérimenté l'action des sulfoichthyolates d'ammonium et de sodium sur les streptocoques érysipélateux et pyogène.

Il a constaté que déjà, en solution étendue, l'ichthyol entrave leur développement, tandis qu'en solution plus concentrée, il tue ces micro-organismes.

Se basant sur la statistique des cas d'érysipèles traités par l'ichthyol à la clinique de Nussbaum, Fessler conclut que ce médicament en atténue l'évolution et raccourcit de près de moitié la durée de la maladie. Fessler attribue aussi à l'ichthyol une efficacité spéciale contre les supurations dues aux streptocoques, et il est disposé à le regarder comme le poison spécifique de cette espèce de bactéries.

Fessler a fait également des expériences d'infection mixte. Chez le lapin, un mélange de cultures vivantes du streptocoque et du bacille prodigieux s'est montré plus virulent que la culture seule du streptocoque. La virulence n'a pas été modifiée quand, à la culture vivante d'un de ces deux micro-organismes, on ajoutait la culture morte de l'autre.

Enfin Fessler a étudié les conditions du développement des pyocoques dans les liquides albumineux. Il a trouvé que l'exsudat péritonéal et le liquide des kystes de l'ovaire arrêtent manifestement la croissance du staphylocoque pyogène et du streptocoque.

J. B.

Un nouvel antiseptique, la microcidine, par BERLIOZ (*Broch. Grenoble. 1891*).

Ce nouvel antiseptique se prépare de la façon suivante : En ajoutant à du naphthol B, porté à la température de fusion, la moitié de son poids de soude caustique, et en laissant refroidir on obtient une poudre blanche, formée par du naphtolate de soude et par des composés naphto-liqués et phénoliques.

Cette poudre est soluble dans l'eau dans la proportion de 1 pour 3. Les solutions, plus ou moins brunes suivant le degré de concentration, ont un pouvoir antiseptique très grand et une toxicité très faible; elles ne sont pas caustiques et n'altèrent ni les instruments ni les linges.

Par des expériences de bactériologie, Berlioz est arrivé à conclure que le pouvoir antiseptique de la microcidine est inférieur à celui du bichlorure de mercure et du naphtol, mais dix fois plus grand que celui de l'acide phénique.

Au point de vue de la clinique, la microcidine est un bon et inoffensif antiseptique. En solution à 3 ou à 5 pour 1000, elle est avantageusement employée en pansement pour les plaies ou en lavage dans les cavités muqueuses ou séreuses. C'est ce qui résulte de l'expérimentation faite par Berlioz, Girard, Pégoud et Polaillon.

OZENNE.

Chlorhydrate de phénocolle, par HERTEL (*Therapeutische Monatshefte*, n° 6, juin 1891).

Le phénocolle s'obtient par l'action du glycolle sur la paraphénitidine ; c'est la phénacétine dans laquelle un atome d'hydrogène du groupe acétyle est remplacé par le noyau ammoniac. C'est une substance difficilement soluble formant avec les acides des sels solubles. Le chlorhydrate de phénocolle est une poudre blanche, en petits cristaux, se dissolvant dans 16 à 17 parties d'eau ; les bases précipitent le phénocolle en solution aqueuse.

Kobert a montré, par ses expériences sur les animaux la non toxicité de ce corps et noté en particulier qu'à l'inverse des autres antipyrétiques, il n'a pas d'action sur le sang.

Hertel a donné le médicament à quatre phtisiques atteints de fièvre hectique, à trois rhumatisants aigus et à un sujet atteint de rhumatisme blennorragique aigu.

Chez les phtisiques, abaissement thermique rapide de 1/2 degré environ, mais passager (0,50 en une seule dose) même en prolongeant l'administration à cette dose, on n'obtient pas une antipyrèse durable. Une dose de un gramme en une fois, produit au bout de une ou deux heures, un abaissement thermique 1 à 1° 1/2, d'une durée d'environ deux heures. Avec 5 grammes par jour, on peut obtenir une apyrexie presque constante. La fièvre du soir est de beaucoup plus résistante que celle du jour. L'élévation thermique consécutive ne s'accompagne ni de sueurs ni de frisson.

Chez les rhumatisants aigus, (5 gr. par jour) la douleur fut amendée, mais la température fut peu influencée.

Le médicament échoua totalement chez le malade atteint de rhumatisme blennorragique. Pas d'action sur les reins. Aux doses de 5 grammes, l'urine devient rouge brun, quelquefois brun-noirâtre et se fonce à l'air. Le perchlorure de fer augmente aussi la coloration ; l'acide sulfurique la fait disparaître et l'urine à la lumière transmise prend un reflet vert. L'élimination est rapide et le perchlorure de fer ne donne plus de réaction dans l'urine au bout de 12 heures.

PAUL TISSIER.

Experimental research as to physiological action of paracresotic acid, par CHARTERIS (*Brit. med. j.*, p. 695, 28 mars 1891).

L'acide paracrésotique est un corps cristallin qu'on isole de l'acide salicylique du commerce. Il se distingue de l'acide orthocrésotique par son point d'ébullition inférieur et la forme de ses cristaux.

En injectant sous la peau d'un lapin 30 centigrammes d'une solution alcoolique de cet acide, on produit chez l'animal une paralysie des membres qui gagne la tête et l'appareil respiratoire : la mort survient trois heures après l'injection.

De même l'injection de la solution d'acide orthocrésotique produit également la paralysie et la mort.

Comme l'acide salicylique renferme presque toujours ces deux acides en plus ou moins grande proportion, il est possible que cela explique les faits d'intoxication signalés chez l'homme surtout au début de la médication salicylée.

H. R.

On the physiological action of carbon monoxide of nickel, par Jo MACKENDRICK et William SNODGRASS (*Brit. med. j.*, p. 1215, 6 juin 1891).

Le monoxyde carbonique de nickel (NiCO^*) est un liquide clair, donnant des vapeurs à l'air libre, soluble dans l'alcool, la benzine et le chloroforme. Les auteurs ont expérimenté ses propriétés par des injections sous-cutanées chez des lapins.

Il ressort de ces expériences que ce corps est très toxique et que sa vapeur, mêlée à l'atmosphère dans la proportion de 0,5 0/0, est dangereuse. Les symptômes sont semblables à ceux de l'intoxication par l'oxyde de carbone : le spectre du sang est le même, non réductible par le sulfhydrate d'ammoniaque. Injecté sous la peau, il se dédouble : le nickel se précipite dans les tissus et l'oxyde de carbone se dissout dans le sang. La température de l'animal s'abaisse considérablement, et on pourrait peut-être l'employer comme antipyrétique, s'il était moins toxique.

H. R.

I. — Ueber die Abscheidung von Iod und Salicylpräparaten in Exsudate und Transsudate (De l'élimination des préparations iodées et salicylées par les épanchements séreux inflammatoires et passifs), par LEUCH (*Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte*, n° 6, p. 178, 15 mars 1891).

II. — Ueber das vermeintliche antagonistische Verfahren... (Du prétendu mode antagoniste d'élimination des préparations iodées et salicylées par les articulations et les épanchements séreux actifs ou passifs), par W. WEINTRAUD (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 13, p. 321, 30 mars 1891).

I. — Rosenbach (*R. S. M.*, XXXVII, 474) prétend que lorsqu'on administre à l'intérieur des préparations salicylées, l'élimination s'effectue à la fois par les exsudats inflammatoires et par les épanchements séreux passifs, tandis que, dans les mêmes conditions, les préparations iodées ne seraient éliminées que par les épanchements passifs et jamais par les épanchements séreux inflammatoires. Leuch a vérifié la justesse de la première assertion, mais il conteste la seconde ; car, sur 6 épanchements inflammatoires des cavités pleurale ou péritonéale, il a constaté 5 fois la présence d'iode dans le liquide. Il n'y a donc pas le moindre antagonisme dans le mode d'élimination des deux espèces de médicaments, et les conclusions thérapeutiques que Rosenbach en tire tombent du même coup.

II. — Weintraud a également contrôlé les assertions de Rosenbach qu'il a trouvées erronées. Selon lui, si Rosenbach n'a pu déceler l'iode

dans les épanchements inflammatoires, cela tient à la réaction qu'il a choisie et qui n'est bonne que pour les solutions aqueuses simples.

Dans les exsudats, la présence de matières albuminoïdes gêne considérablement la réaction de l'iode. L'addition d'acide nitrique précipite l'albumine et masque à la fois la teinte bleue de l'amidon et la coloration rose du chloroforme; l'éventualité est d'autant plus certaine qu'on n'agit seulement que sur la très petite quantité de liquide recueillie par une ponction exploratrice. Pour y remédier, il faut soit étendre ce peu de liquide de 20 à 30 fois son volume d'eau et n'ajouter qu'extrêmement peu d'acide, soit procéder comme Weintraud, qui évapore de 20 à 50 centimètres cubes de liquide après addition de soude et les incinère; dans l'extrait des cendres, il décèle l'iode à l'aide d'acide nitrique et de chloroforme ou d'amidon. Weintraud conclut de ses observations que quelle que soit la nature de l'épanchement séreux, on y retrouve également l'iode et le salicyle; il en est de même dans la synovie articulaire et dans la bile. (Expériences sur un chien muni d'une fistule.)

La seule différence est qu'on ne retrouve pas de salicyle dans l'estomac après un lavement donné avec ce médicament, tandis qu'on y retrouve l'iode. D'autre part, si l'iode est éliminé en plus grande quantité par les épanchements passifs, c'est qu'alors la diurèse étant généralement faible, il est peu éliminé par les urines.

J. B.

Experiments on some antiseptics and disinfectants, par Percy EVANS (*Guy's hosp. Rep.*, XLVII, p. 495, 1890)

Percy Evans a fait une série d'expériences avec différents antiseptiques pour détruire ou pour empêcher la croissance de certains microbes. Les microorganismes expérimentés ont été le bacille charbonneux, les spores du bacille anthracis, le staphylocoque doré, la sarcine jaune.

a) Sur la bactériodie charbonneuse. Le sublimé à $1/15000$ tue le parasite en une minute; à $1/30000$ il le tue en une heure.

b) Spores de la bactériodie charbonneuse. Le sublimé à $1/1000$ le tue en un quart d'heure; à $1/5000$ en une heure.

c) Staphylocoque. Pour le détruire, le sublimé doit être très concentré ($1/150$ à $1/200$). La solution au millième doit séjourner pendant 24 heures pour en affaiblir la vitalité.

d) Sarcine jaune. Résiste au sublimé à $1/1000$: pour être détruite, il faut des solutions à $1/100$ ou au plus à $1/300$ (pendant un quart d'heure).

L'action de l'acide phénique est médiocre. Il faut une solution de $1/100$ pendant cinq minutes pour tuer le bacille charbonneux: à $1/300$, pas d'action. Pour le staphylocoque il faut des solutions de $1/50$ à $1/40$ pendant un quart d'heure.

Créoline. Elle agit à la dose de $1/300$ à $1/200$ sur le bacille charbonneux, mais non sur ses spores, qui résistent à une solution à $1/10$. Le staphylocoque est détruit par une solution à $1/100$.

H. R.

Ueber die Krotonolsäure Buchheim's (De l'acide crotonolique de Buchheim), par v. HIRSCHHEYDT (*Arb. des pharm. Instituts zu Dorpat*, n° 4, 1891).

Le principe actif de l'huile de croton est un acide, l'acide crotonolique. Combiné à la glycérine, il est sans action. Celle-ci ne se produit que

lorsque cette combinaison est décomposée par le ferment pancréatique.

L'huile de croton du commerce contient à la fois de l'acide libre et de l'acide combiné à la glycérine ; mais sa composition inconstante doit la faire bannir de la thérapeutique. La combinaison de l'acide crotonolique à la glycérine doit être seule employée.

LEFLAIVE.

Ueber Aufnahme und Vertheilung des Chloroforms im thierischen Organismus (Absorption et distribution du chloroforme dans l'organisme animal), par J. POHL (*Archiv für experim. Pathol. und Pharmacol.* XXVIII, p. 229, 1891).

L'auteur se pose d'abord la question de savoir si, pendant la narcose, le chloroforme est simplement dissous ou bien combiné à quelque constituant du sang. On remarque d'abord qu'il faut un très long barbotage pour extraire tout le chloroforme, durant toute une journée et exigeant le remplacement des tubes à magnésie.

Le sang des animaux narcosés contient beaucoup moins de chloroforme qu'il n'en peut retenir ou qu'en peut retenir l'eau du sang. Schmiedeberg acceptait l'idée d'une relation entre le chloroforme et les globules. Pohl confirme cette vue et admet que le chloroforme est uni aux éléments figurés du sang, particulièrement aux globules rouges. La combinaison est faible, et peut être entièrement détruite par le courant d'air. Le pouvoir de combinaison des globules rouges repose sur leur teneur en dissolvants du chloroforme : cholestérine et lécithine. (Opinion qui se rapproche de celle de Hermann.)

L'auteur a fait des déterminations de chloroforme dans le cerveau, le foie, l'urine, le tissu adipeux.

Dans certaines phases de la narcose, le cerveau contient plus de chloroforme que le sang afférent, ce qui est en rapport avec sa plus grande richesse en matières solubles comme cholestérine, lécithine, cérébrine, graisses.

DASTRE.

Étude expérimentale du poison des flèches du Tonkin, par E. BOINET et T. HÉDON (*Archives de physiologie*, p. 373, 1891).

Il s'agit des flèches empoisonnées dont se servaient les Muongs révoltés du mont Bavi. Le poison n'a pas d'effet appréciable sur l'appareil neuro-musculaire et sur le système nerveux central : il diffère totalement du curare et de la strychnine. Il accélère d'abord les mouvements respiratoires, puis les laisse diminuer et tomber successivement jusqu'à la mort. Le cœur est arrêté en systole : il y a arythmie, affaiblissement des pulsations, alternance de périodes affaiblies avec des périodes ordinaires. L'arrêt du cœur paraît dû à une action qui porte sur les ganglions intracardiaques. Le principe actif du poison paraît être l'upas antiar : il serait retiré des feuilles de l'antiaris toxicaria ou d'une plante voisine.

DASTRE.

Un cas d'antipyrinisme chronique, par COMBEMALE (*Bull. méd. du Nord* n° 12, p. 304, 1891).

Une domestique de 38 ans, atteinte de rhumatisme polyarticulaire aigu douloureux et de longue durée, fut traitée par le salicylate de soude, puis par l'antipyrine. Elle conserva l'habitude de ce dernier médicament qu'elle prenait à la dose de un gramme chaque jour, dose qu'elle doublait et tri-

plait les jours de fatigue. Sans cet excitant, elle ressentait une fatigue générale, de la raideur des doigts et même du gonflement des pieds.

Au bout de quatre ans de cet usage, elle présenta les signes d'un ulcère rond avec toux pharyngée, faiblesse musculaire générale, agitation nocturne et insomnie, aménorrhée. Tous ces symptômes disparurent progressivement après la suppression prudente et graduelle de l'antipyrine. LEFLAIVE.

Ein Fall von Cocainvergiftung (Un cas d'intoxication par la cocaïne), par SCHELLENBERG (*Therap. Monatsh.*, n° 6, p. 375, juin 1891).

Chez une femme de 21 ans, anémique et nerveuse, à la suite d'une opération nasale (cocaïnisation, application d'acide trichloracétique et de solution de Lugol) survint une vive excitation motrice, psychique et intellectuelle, avec douleurs insupportables dans le pharynx, la bouche, le nez et au front, qui se terminèrent, d'ailleurs, par la guérison. La solution de cocaïne employée était à 1/20, et l'auteur estime la quantité de cocaïne introduite dans le nez à 0,15 à 0,20. P. TISSIER.

Ein Fall von schwerer Hyoscinvergiftung, par ADLER (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 10, p. 258, 9 mars 1891).

Elève d'un laboratoire qui, à 9 h. 3/4, prend, par mégarde, un verre sur le fond et les parois duquel s'était déposé du chlorhydrate d'hyoscine.

Au bout d'un quart d'heure, début des accidents d'empoisonnement par un violent étourdissement; puis perte graduelle de la connaissance et à 11 heures, convulsions générales. A midi, admission à l'hôpital. Coma profond, tête renversée en arrière, contracture des mâchoires, violentes convulsions cloniques des quatre membres. Dilatation extrême des pupilles, qui ne réagissent pas du tout; 145 pulsations par minute; pouls petit et mou. Lavage stomacal; la présence d'hyoscine ne peut être constatée dans le contenu de l'estomac. A la suite d'une injection de deux centigrammes de morphine vers midi et demi, cessation des convulsions, auxquelles succède jusqu'à 5 heures du soir une rigidité universelle du corps. Une injection d'un centigramme de pilocarpine pratiquée à midi trois quart ne provoque pas de salivation.

Dans le cours de l'après-midi le coma est remplacé par un état soporeux. Dès 3 heures, pouls plus plein et moins fréquent (104); une nouvelle injection de pilocarpine se montre efficace. Vers 5 heures, le malade répond pour la première fois à une question, mais il ne tarde pas à délirer.

Le lendemain matin, connaissance complètement revenue, après avoir été perdue 12 heures. Soif, marche titubante, mydriase aussi grande que la veille et paralysie de l'accommodation.

Présence d'hyoscine dans la première urine émise vingt-quatre heures après l'empoisonnement: salivation et mydriase chez un chat dans l'œil duquel on injecte de l'extrait d'urine obtenu par saturation avec le carbonate de soude, agitation avec l'éther et addition d'acide chlorhydrique étendu.

Le 4^e jour seulement la mydriase du malade commença à diminuer. Guérison. J. B.

Suicide by means of oxalic acid, par SLEMAN (*Lancet*, vol. 1, p. 192, 1891).

Homme de 60 ans. Les symptômes de l'empoisonnement par l'acide oxalique portaient particulièrement sur le cœur. Le pouls, petit, faible, n'avait plus que cinquante pulsations. La quantité d'acide avalée pouvait être évaluée à trois cuillerées à café; elle avait été prise, l'estomac plein, une heure à peine après le repas. Le traitement consista en eau de chaux et opium. Le malade guérit après des phénomènes intenses de gastrite (vomissements répétés et hématemèse) prolongés plus d'un mois. PLICQUE.

Influence de l'intoxication mercurielle aiguë sur l'élimination de l'acide phosphorique et du calcium, par Paul BINET (*Revue médic. Suisse romande*, XI, 165, mars 1891).

Binet a fait ses recherches sur l'urine de 6 lapins auxquels il avait injecté sous la peau, une solution de peptonate de mercure correspondant à 10/0 de sublimé; tous ses animaux ont succombé à l'empoisonnement.

L'intoxication mercurielle n'a pas eu pour conséquence une augmentation de l'acide phosphorique et du calcium dans les urines; au contraire une diminution a été le plus souvent constatée. La quantité de l'urine augmente dans les intoxications légères, diminue dans les formes graves avec anurie ultime. L'albuminurie est la règle; la glycosurie est fréquente.

La proportion centésimale du calcium dans les matières fécales n'a pas subi de modification notable.

La désassimilation et l'élimination corrélatrice des sels calcaires ont donc été peu influencées par l'intoxication mercurielle. J. B.

Asthme bronchique consécutif à l'inhalation de chlore, par L. TREITEL (*Therap. Monatshefte*, avril 1891).

Chez un homme faisant usage d'eau chlorée pour une lésion oculaire, survinrent des accès d'asthme typique, avec angoisse, dyspnée intense, sibilances thoraciques, etc., etc. Rougeur diffuse et sensibilité extrême de la muqueuse nasale. La cocaïnisation de la pituitaire, l'emploi de morphine et de chloral, la suppression du chlore, amenèrent la guérison. A noter que le sujet était atteint d'une vieille bronchite chronique. PAUL TISSIER.

Ueber Vergiftungen mit Binitrobenzol, par C. SCHRÖDER et Fritz STRASSMANN (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, I. Supplément, p. 138, avril 1891).

La binitrobenzine est un poison dangereux pour le chien et le lapin; très rapidement, il produit des effets cumulatifs très graves.

Ni le microscope, ni le spectroscopie ne révèlent chez ces animaux d'altérations constantes du sang ou des hématies; en particulier, on ne constate ni formation de méthémoglobine, ni dissolution marquée des globules rouges. Comme les différentes espèces animales se comportent diversement en présence des toxiques sanguins, il est possible qu'il n'en soit pas de même chez l'homme où l'on observe, contrairement à ce qui se passe chez le chien et le lapin, de l'ictère qu'on a d'ailleurs tenté d'expliquer par le catarrhe gastro-intestinal. Ce catarrhe gastro-intestinal est un des phénomènes les plus habituels de l'empoisonnement expérimental, non seulement par la voie gastrique, mais aussi par la voie sous-cutanée. Mais les lésions du sang, comme celles du tube digestif, sont peu de choses en comparaison des altérations du système nerveux. En effet, la binitrobenzine est avant tout un toxique nerveux, un corps qui détermine des paralysies de tout le système musculaire et qui amène la mort par paralysie des muscles respiratoires. Ces paralysies ont un caractère spasmodique.

Cette action de la binitrobenzine sur le système nerveux, rend parfaitement compte des phénomènes généraux d'intoxication observés

chez l'homme et insuffisamment expliqués soit par le catarrhe gastro-intestinal, soit par l'ictère; par-dessus tout, de l'excessive faiblesse musculaire et de la prostration.

Sous le rapport pratique, il résulte des expériences de Schröder et Strassmann qu'aux mesures prophylactiques déjà adoptées contre cet empoisonnement professionnel, il faut joindre la prohibition la plus rigoureuse des boissons alcooliques chez les ouvriers en binitrobenzine, parce que les liquides alcooliques un peu concentrés rendent soluble cette substance dont les dangers sont ordinairement atténués par son insolubilité. (*R. S. M.*, XXXVII, 477.) J. B.

Lead poisoning in its acute manifestations (Manifestations aiguës de l'intoxication saturnine), par Thomas OLIVER (*Medico-chir. Transact.*, LXXIII, p. 33, 1890).

Oliver a pu étudier sur une grande échelle les accidents du saturnisme aigu à Newcastle, le grand centre de l'industrie du plomb en Angleterre. Il résume ses opinions sous la forme des aphorismes suivants :

Les femmes sont atteintes par l'intoxication beaucoup plus souvent et plus sévèrement que les hommes. Elles le sont également plus tôt. Sur 135 malades soignés à l'infirmerie de Newcastle, aucun homme n'était âgé de moins de 23 ans, tandis que 49 femmes étaient déjà frappées à cet âge. Par contre, après la quarantaine, les hommes paraissent plus intoxiqués que les femmes.

Les formes de saturnisme cérébral sont beaucoup plus communes et plus graves chez les femmes que chez les hommes, probablement à cause de la fréquence des désordres menstruels qui sont une des conséquences constantes et précoces de l'intoxication.

La mort, à la phase aiguë, est due à la toxémie : plus tard, aux dégénérescences rénales et encéphaliques. La goutte saturnine est très rare dans le nord de l'Angleterre : la néphrite interstitielle est au contraire la règle. La paralysie des extenseurs est plus commune chez les hommes que chez les femmes.

Suivent des observations intéressantes de mort subite ou rapide au cours de l'intoxication saturnine, avec le résultat détaillé de l'autopsie. On constate que dans les cas aigus aucun organe en apparence n'est malade, mais l'analyse du plomb contenu dans les différents viscères donne les résultats suivants (évalués en millièmes) :

Foie et gros intestin.....	37
Rate et reins.....	12
Cerveau.....	10
Cervelet.....	24
Protubérance.....	22

Il est à remarquer que dans les accès d'encéphalopathie aiguë, les reins ont été trouvés sains, et les urines non albumineuses. H. R.

Massenvergiftung durch ungesundes Fleisch (Empoisonnement collectif par viande insalubre), par NIELSEN (*Ugeskr. f. Læger*. 1890 et *Hygienische Rundschau*, I p. 196, 1^{er} mars 1891).

Une vache abattue pour fièvre puerpérale le 1^{er} octobre, fut le 5, avec

l'assentiment du vétérinaire, livrée à la consommation. Sur les 115 personnes qui mangèrent de cette viande, plus de la moitié furent prises, la nuit suivante, d'accidents cholériformes : coliques, vomissements, diarrhée et crampes dans les mollets. Chez les malades les plus gravement atteints, la diarrhée et les vomissements furent remplacés par de violentes douleurs abdominales, de la dyspnée, de la céphalalgie, une démarche titubante, une éruption aphteuse dans la cavité buccale et une prostration considérable. La convalescence fut très longue. J. B.

Accidents toxiques consécutifs à l'emploi thérapeutique du salol, par DÉRIGNAC
(*Soc. méd. des hôpitaux, 15 mai 1891*).

Chez une femme atteinte de gastro-entérite après ingestion d'huîtres, l'auteur observe après trois doses de 20 centigrammes de salol des phénomènes douloureux du ventre, avec retour de la diarrhée, vertiges, engourdissement des extrémités, chute de la température, urines noires, et le perchlorure de fer y décele la présence de l'acide salicylique. Une nouvelle tentative d'administration de salol ramène chez elle les mêmes malaises.

Chez un enfant de 12 ans, après une troisième dose de 10 centigrammes, les mêmes accidents se produisirent; les urines étaient restées limpides. H. L.

THÉRAPEUTIQUE.

Leçons de thérapeutique, 3^e série (les médications), par G. HAYEM (1 vol. in-8° de 450 pages, Paris, 1891).

Ce volume reproduit les leçons professées par Hayem en 1889 ; il comprend la suite de l'étude des médications commencée dans les deux volumes précédents.

Dans une première leçon, Hayem traite de l'« action médicamenteuse » et complète l'exposé de ses idées de thérapeutique générale en montrant comment les découvertes récentes ont modifié la thérapeutique des maladies infectieuses : malgré leur valeur, les agents parasitocides ne peuvent s'appliquer au traitement de la plupart de ces maladies, ce n'est pas aux microbes qu'il faut s'adresser directement dans la plupart des cas, les spécifiques eux-mêmes ne doivent peut-être pas leur valeur à une action directe sur les germes pathogènes ; le rôle que jouent les intoxications d'origine microbienne dans les maladies infectieuses doit être l'origine d'indications thérapeutiques nouvelles, et certaines actions thérapeutiques sont peut-être d'ordre chimique pur et se résolvent peut-être en une influence d'arrêt sur la formation des ferments pathogènes par les cellules ou en une transformation de ferments déjà formés en substances incapables de nuire. Quand on voit, comme dans les expériences de transfusion du sang d'un animal à un animal d'une autre espèce, de simples modifications dans les matières albuminoïdes normales du sang, — modifications qui échappent à nos moyens actuels d'investi-

gation — devenir l'origine de troubles sérieux (coagulation du sang), on peut admettre que les moyens capables de modifier la constitution du plasma sanguin sont susceptibles d'exercer de puissantes actions thérapeutiques ; d'ailleurs, les propriétés bactéricides du sérum résultent déjà d'expériences nombreuses.

Les médications étudiées dans ce volume sont la médication de la douleur, la médication hypnotique, la médication stupéfiante, la médication antispasmodique, la médication excitatrice de la sensibilité, la médication hypercinétique, les médications relevant des troubles fonctionnels du cœur et des vaisseaux, en premier lieu, la médication de la kinésitaraxie cardiaque (troubles de la contraction cardiaque dans les cas où le cœur est supposé sain au point de vue de la constitution de ses muscles et de ses nerfs propres), la médication de l'asystolie ou cardio-sthénique, la médication de l'ataxie et de la neurasthénie cardiaque ou neuro-cardiaque. A propos de chacune de ces médications, Hayem, suivant la méthode déjà employée dans les volumes précédents, expose les médications tirées de l'étude de l'élément morbide à combattre, puis les effets physiologiques de chacun des agents de la médication et base sur ces effets le mode d'emploi thérapeutique de ces agents. Ce troisième volume ne le cède ni en intérêt ni en valeur scientifique aux deux premiers.

GEORGES THIBIERGE.

- I. — Traitement de la tuberculose par l'action combinée de l'iodoforme et du sérum du sang de chien, par SEMMOLA (*Congrès de la tuberculose. Gaz. des hôpitaux, 1^{er} août 1891 et Bull. méd., août 1891.*).
- II. — Valeur thérapeutique des injections sous-cutanées de sérum de chien dans la tuberculose, par HÉRICOURT (*Ibidem*).
- III. — Péritonite tuberculeuse traitée par la laparotomie et guérie par les injections de sérum de chien, par KIRMISSON (*Ibidem*).
- IV. — Des injections de sérum de chien chez les enfants nés de mères tuberculeuses ou atteints de faiblesse congénitale, par PINARD (*Ibidem*).
- V. — Traitement de la tuberculose par les injections de sérum de chien, par VIDAL (*Ibidem*).
- VI. — Sur les résultats expérimentaux et cliniques obtenus par l'emploi du sang de chèvre comme traitement de la tuberculose, par BERTIN et PICQ (*Ibidem*).
- VII. — Transfusion du sang de chèvre dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par BERNHEIM (*Ibidem*).
- VIII. — Traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées de créosote, par GIMBERT (*Ibidem*).
- IX. — Coup d'œil d'ensemble sur l'usage thérapeutique de l'huile créosotée à haute dose, injectée sous la peau, par BURLUREAUX (*Ibidem*).
- X. — Des atmosphères médicamenteuses dans le traitement de la phtisie pulmonaire, par TAPRET (*Ibidem*).

I. — Semmola, qui le premier avait préconisé l'iodoforme dans le traitement de la tuberculose, rappelle que sous l'influence de ce médicament injecté par doses fractionnées de 2 centigrammes, il a obtenu chez beau-

coup de malades, depuis quelques années, une amélioration très grande. Il en rejette l'emploi à doses massives, car les résultats en sont mauvais et parfois toxiques. C'est particulièrement dans les cas de moyenne intensité que l'on arrive à diminuer la quantité de l'expectoration et le nombre des bacilles, qui peuvent même momentanément disparaître.

Quant aux injections du sérum de sang de chien seules, elles sont inoffensives, mais les expériences ne sont pas encore assez nombreuses pour autoriser une conclusion. Depuis quelque temps S. a combiné le sérum de sang de chien et l'iodoforme, et les résultats en paraissent très favorables.

II. — Étant prouvé ce fait que l'injection d'hémocyste (sérum de sang de chien) possède une influence retardante sur l'évolution de la tuberculose, Héricourt a eu recours à ces injections depuis 1890 sur un certain nombre de malades.

Sauf une augmentation de la fièvre chez les tuberculeux fébricitants, il n'y a en général aucun accident sérieux à noter à la suite de ces injections qui cependant produisent parfois une urticaire plus ou moins généralisée.

Le sérum qu'il a employé était recueilli dans des récipients stérilisés et ne datait pas de plus de huit jours. L'injection, qu'on renouvelait deux ou trois fois par semaine, ne mesurait que 1 à 2 centimètres cubes de liquide.

Sur une cinquantaine de cas les résultats thérapeutiques ont été les suivants : aucune amélioration chez les malades au troisième degré ; amélioration incontestable chez ceux au deuxième degré, chez lesquels on a constaté le retour des forces, l'engraissement et la disparition des sueurs.

Au point de vue local, pas de modifications accentuées dans l'état des lésions ; persistance des bacilles ; toutefois on a noté dans plusieurs cas de phthisie laryngée la cicatrisation d'ulcérations rebelles des cordes vocales, et chez trois lupiques une cicatrisation partielle.

En résumé, le sérum de sang de chien ne semble pas avoir une action antibacillaire ; il paraît plutôt agir comme excitant spécial de la nutrition.

III. — Jeune enfant de 3 ans et demi, atteint d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Épanchement péritonéal abondant ; une première ponction donne issue à quatre litres et demi d'un liquide jaune louche : reproduction de ce liquide peu de jours après la ponction. Laparotomie, évacuation de l'épanchement et lavage avec une solution stérilisée saturée d'acide borique, de la cavité abdominale, dont la séreuse pariétale et viscérale et dont l'épiploon sont farcis de granulations tuberculeuses. Suites de l'opération régulières après suture des parois abdominales, mais reproduction du liquide. Six semaines plus tard, injections sous-cutanées de 2 centimètres cubes de sérum, et dès la deuxième on constate un commencement de résorption du liquide ; puis guérison rapide à la suite de quelques injections peu nombreuses.

IV. — Pinard recommande l'usage de ces injections chez les enfants nés de mères tuberculeuses ou atteints de faiblesse congénitale. Il les met en pratique toutes les fois que l'enfant pèse moins de 2 kilogrammes au moment de la naissance. La quantité de sérum de sang de chien à injecter doit être de 1 ou 2 centimètres cubes par jour suivant les cas ; l'action bienfaisante de l'injection est très rapide et se caractérise par

une excitation manifeste de la nutrition. Sur vingt et un enfants ainsi traités, dix-sept sont en parfaite santé; les quatre autres sont morts. L'auteur regarde ces injections comme un puissant auxiliaire de la couveuse et du gavage.

V. — Communication de plusieurs observations de malades traités par ces injections sous-cutanées, pratiquées antiseptiquement dans le tissu cellulaire sous-cutané des fesses et des lombes : notable amélioration chez tous ces malades, et même chez quelques-uns guérison au moins temporaire.

VI. — Bertin et Picq relatent tout d'abord les expériences qu'ils ont faites sur le lapin avec du sang de chèvre. Ils ont reconnu que ce sang transfusé détermine chez les lapins inoculés avec des produits tuberculeux, un état dit bactéricide, qui permet à l'organisme de résister à l'invasion du bacille ou à son action destructive, suivant que la transfusion est contemporaine de l'inoculation ou lui est postérieure.

Partant de ces résultats positifs, Bertin et Picq ont soumis des phtisiques à ces transfusions. Pour cela ils ont eu recours à la méthode des injections intra-musculaires, répétées tous les dix ou quinze jours et faites lentement avec 15 ou 20 grammes de sang complet et frais. Sauf une légère douleur et quelquefois une urticaire assez intense, on n'observe aucun accident sérieux; notons toutefois qu'il s'est produit 10 abcès sur 314 injections faites chez 110 malades. Les résultats ont été les suivants : dans la phtisie laryngée pas d'amélioration, ce qui, au contraire, a été constaté dans les cas de cavernes, dans la bronchite tuberculeuse, dans un cas de granulie et surtout dans les tuberculoses externes.

VII. — Bernheim ayant reconnu, d'une part, que la chèvre est réfractaire à la tuberculose et qu'elle le devient difficilement par l'inoculation, et, d'autre part, qu'il n'y a aucun danger à transfuser le sang étranger provenant d'un animal dans la circulation d'un autre animal de même classe mais d'espèce différente, a d'abord cherché à rendre réfractaires à la tuberculose les lapins en leur transfusant du sang de chèvre.

Cela obtenu, il a appliqué sa méthode à l'homme, auquel on transfuse de 100 à 120 grammes de sang dans l'espace d'une minute. Les premières séances ne doivent durer que quinze à vingt secondes.

Deux chloro-anémiques ont été ainsi guéries, et comme tels on peut considérer sept autres tuberculeux au premier et au deuxième degré, puisque les bacilles ont disparu des crachats et puisque la percussion et l'auscultation sont négatives. Chez six autres malades il n'y a eu qu'amélioration; enfin, dans un cas de tuberculose pulmonaire, à la période ultime de la cachexie, une première transfusion, même incomplète, a amené une syncope mortelle.

VIII. — Gimbert applique, depuis plus de cinq ans, au traitement de la phtisie pulmonaire et d'autres tuberculoses, l'injection lente d'huile créosotée au quinzième, en ayant soin de n'en faire pénétrer que 30 grammes par heure. Il est nécessaire que l'appareil soit bien stérilisé, que la créosote soit pure, et que le véhicule soit l'huile d'olive neutralisée et stérilisée. Ces conditions réalisées, on peut affirmer que cette injection peut, dans un grand nombre de cas, créer l'antisepsie de la tuberculose en évolution, c'est-à-dire détruire, supprimer les microbes

variés et associés de la tuberculose et de la phtisie, et leurs toxines, et préparer des guérisons définitives ou apparentes.

De la description des effets thérapeutiques de ce traitement et de l'exposé des résultats cliniques qu'il a constatés, après avoir pratiqué plus de 3,000 injections, l'auteur déduit la conclusion précédente, qu'il fait suivre des remarques suivantes :

La réalisation de l'antisepsie de la phtisie tuberculeuse est démontrée par la tolérance des tissus malades pour les doses élevées de créosote. Son effet est l'arrêt de l'évolution morbide localisée, la suppression de l'auto-infection interstitielle, le retour de l'embonpoint et de la vigueur.

L'antisepsie peut être réalisée par 30 à 200 injections contenant 30 centigrammes à 4 grammes maximum de créosote, suivant les âges et les qualités des sujets. C'est la préface de la guérison, qui n'est vraie et définitive que lorsque du tissu scléreux remplace les tissus malades. Le traitement peut donc durer six mois, un an et même davantage, et l'on ne doit considérer comme guérisons définitives que celles qui auront duré huit et dix ans.

Cette antisepsie, très facile à réaliser dans le premier degré de la tuberculose et dans le deuxième degré simple, est encore réalisable dans le deuxième degré plus avancé, quelquefois possible dans le troisième, tout à fait illusoire dans la cachexie. Elle devient très puissante dans certaines formes de pleurésie tuberculeuse ou de laryngite de même nature.

IX. — Burlureaux donne, dans cette note, l'exposé de sa méthode, de ses effets généraux, de ses indications, de ses contre-indications et de ses accidents; ce travail est le résultat de deux années d'études cliniques. (Voy. *R. S. M.*, XXXVIII, 218.)

X. — Tapret, depuis quatre ans, a appliqué au traitement de la tuberculose les inhalations de vapeurs créosotées. Pour augmenter la pression de l'air et le sursaturer de créosote, il s'est servi de la cloche dont Paul Bert a fait usage pour l'anesthésie. Les malades restent quatre heures par jour sous cette cloche; ils y respirent avec facilité et y absorbent une notable quantité du médicament. On a évalué la quantité de créosote passant par le poumon; cette quantité équivalait à un chiffre variant de 2^{gr},25 à 4^{gr},50 suivant les sujets.

Par ce traitement mis en usage sur vingt et un tuberculeux, l'auteur a obtenu les résultats suivants : arrêt de la tendance consomptive, disparition des intoxications secondaires. Un tiers des malades ont été guéris, les autres de phtisiques sont devenus bronchitiques seulement suspects. On peut donc conclure que les inhalations créosotées non seulement agissent sur l'état général et arrêtent la consommation, mais encore qu'elles entravent et même quelquefois guérissent la tuberculose. Elles ont, en outre, l'avantage de laisser intactes les voies digestives, ce qui permet de prescrire la suralimentation.

OZENNE.

Traitement de la tuberculose pulmonaire, par BONDET (*Broch. Lyon*, 1891).

Dans cette série de leçons, Bondet expose d'une façon complète les règles qui doivent présider au traitement de la phtisie : hygiène, alimentation, thérapeutique, stations climatiques. Le point intéressant de

cette brochure est la relation détaillée de quatre cas de tuberculose traités par le procédé de Koch. L'auteur, en présence des résultats lamentables causés par la tuberculine, a dû renoncer à pousser plus loin cet essai thérapeutique. Voici le résumé de ces quatre observations :

1° Malade de 20 ans, apyrétique, excellent état général, lésion tellement faible que l'examen des crachats permet seul le diagnostic. Injection de tuberculine (7 mill. et demi en cinq injections); aggravation énorme de l'état général, dissémination et augmentation des lésions pulmonaires, fièvre intense et continue;

2° Tuberculose pulmonaire limitée, apyrétique chez un homme robuste. (6 injections, 10 mill.). Dissémination immédiate des lésions, fièvre continue; aggravation considérable;

3° Tuberculose à marche très lente, depuis 6 ans; emphysème pulmonaire (8 injections, 18 mill.); extension immédiate des lésions, fièvre continue, mort en 56 jours;

4° Mal de Pott apyrétique chez un homme de 31 ans (3 injections, 3 mill.); fièvre continue, généralisation tuberculeuse, mort en 2 mois et demi.

L'auteur a pu conclure, avec juste raison, que le liquide de Koch, non seulement ne guérit pas, mais donne à la maladie une marche suraiguë tout à fait exceptionnelle.

A. CARTAZ.

Ueber die Blausäure und ihre Wirkung auf die Tuberculose der Lungen (De l'acide cyanhydrique et de son action sur la tuberculose pulmonaire), par KORITSCHONER (*Wiener klin. Wochens.*, n° 48, 1890).

Un ingénieur ayant cru remarquer que les ouvriers travaillant au milieu des vapeurs d'acide cyanhydrique, paraissaient à l'abri de la phthisie, l'auteur a entrepris des expériences dans ce sens. Il a reconnu que cet acide formait une combinaison stable avec l'hémoglobine, et que celle-ci perdait alors la propriété de fixer ou d'abandonner de l'oxygène. De plus, l'acide cyanhydrique influence la vitalité des tissus, qui, en sa présence, consomment moins d'oxygène et forment moins d'acide carbonique. C'est encore un bactéricide puissant.

Une trentaine de malades ont été soumis à des inhalations, dans des chambres contenant 0^{sr},025 d'acide cyanhydrique par mètre cubé (deux heures à deux reprises chaque jour). La toux devint moins fréquente, et l'on constata chez 20 malades une augmentation de poids. Mais la maladie n'en continua pas moins son évolution ordinaire.

LEFLAIVE.

The dosage and administration of creosote in phthisis, par W. H. FLINT (*New-York med. journ.*, p. 85, 26 juillet 1890).

Les injections intra-trachéales et intra-pulmonaires de créosote sont d'une efficacité douteuse et peuvent provoquer des accidents. Pour l'administration par la voie gastrique, les émulsions et les solutions sont préférables aux pilules, capsules et cachets; le lait est un excellent véhicule. Quand l'estomac paraît fatigué, l'auteur conseille les lavements de lait créosoté.

Pour les inhalations, l'auteur emploie une solution contenant à parties égales du chloroforme, de l'alcool et de la créosote.

Il est bon d'avoir plusieurs procédés à sa disposition afin d'administrer des doses aussi fortes que possible et d'éviter toute interruption du traitement. En général, les phthisiques ne supportent pas plus de

dix ou quinze gouttes de créosote par jour; quelques-uns n'en supportent que deux ou trois.

L. GALLIARD.

Ueber Ersatz und Ergaenzung der Koch'schen Behandlung der Lungentuberculose... (Traitement de la phtisie pulmonaire par la créosote), par Julius SOMMERBRODT (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 7, 16 février 1891).

Sommerbrodt relate 17 nouveaux faits de tuberculose pulmonaire (dont quelques-uns avec tuberculose laryngée ou ganglionnaire) guérie d'une façon durable par la créosote administrée à l'intérieur à hautes doses et pendant de longs mois. Chez tous les malades il n'existe plus trace de la matité constatée au début de la médication.

Sommerbrodt a recours maintenant presque exclusivement à des capsules de 10 centigrammes. Il en fait prendre pendant quelques jours, successivement 3, puis 6, et dès la fin de la première semaine, 10 par jour; parfois même il double cette dernière quantité.

Il insiste à nouveau pour qu'on n'administre ce médicament qu'après les repas et jamais dans l'estomac vide (*R. S. M.*, XXXIII, 481 et 482; XXXVI, 90, XXXVII, 94).

J. B.

Du traitement de la phtisie par les atmosphères artificielles sous pression, par G. SÉE (*Bull. acad. de méd.*, 14 avril 1891).

Ce traitement consiste en atmosphères artificielles sous pression; pendant trois à six heures par jour le malade doit rester dans un appareil à air comprimé contenant des fumigations de créosote mêlées d'eucalyptus. Cette atmosphère créosotée constitue un moyen d'arrêt complet de la maladie. 12 malades ont été ainsi traités, et sur 7 d'entre eux on a noté : un retour complet à la santé générale, c'est-à-dire de l'appétit, des digestions, des forces et de l'embonpoint; en deuxième lieu, la disparition de la fièvre et de la toux; en troisième lieu, une modification quantitative et qualitative des crachats, et enfin l'absence de toute congestion, de toute bronchite et de toute hémorragie pulmonaire.

OZENNE.

I. — **Traitement de la tuberculose par la cantharidine**, par FORLANINI (*Gaz. med. Lombardia*, 9 mai 1891).

II. — *Idem*, par Ern. GERMONIG (*Lo Sperimentale*, 15 mai 1891).

III. — **Traitement de la tuberculose pulmonaire par le cantharidate de potasse**, par L. TUMAS (*Vratch*, n° 13, p. 247, 1891).

IV. — **Traitement de la phtisie par le cantharidate de potasse**, par CORNIL (*Journ. des conn. méd.*, 16 avril 1891).

I. — Forlanini a essayé le traitement de Liebreich dans 5 cas : (3 phtisiques, 1 pleurésie tuberculeuse, 1 pneumonie). Dans 2 cas l'action du cantharidate de potasse a été nulle. Dans les 3 autres, résultats positifs. Une phtisique, à la suite d'une injection de 2 décimilligrammes, eut une réaction générale et locale, et la zone de matité avec râles fins s'accrut. La malade atteinte de pleurésie vit son épanchement augmenter, ainsi que les phénomènes fébriles.

L'auteur conclut que les injections de cantharidate de potasse agissent à la façon de la tuberculine de Koch et ne sont pas inoffensives.

II. — Germonig a essayé le traitement sur 10 cas de tuberculose à la dose de 2 injections successives, la première de 1 décimilligramme, la deuxième de 2 décimilligrammes, à un jour d'intervalle. Six fois il a vu se produire des troubles urinaires, de l'hématurie légère et de l'albuminurie, la fièvre n'a été ni diminuée ni supprimée : deux fois elle a paru augmenter. Les désordres fonctionnels de la phtisie laryngée ont semblé modifiés en bien ; mais le processus de la lésion pulmonaire n'a pas été amélioré.

III. — Relation de 10 cas de tuberculose pulmonaire traités par la méthode de Liebreich. Les résultats furent les suivants : Diminution de la toux chez 4 malades, crachats d'abord plus abondants, puis diminués de quantité. Chez deux sujets, disparition de l'expectoration, de la fièvre et des sueurs nocturnes, avec atténuation des râles humides pulmonaires. Chez 4 malades, état stationnaire, avec aggravation pour l'un d'eux.

Les inconvénients de la méthode furent la dysurie (2 fois), la céphalée et les douleurs gastriques : les injections sont pénibles et donnent lieu à une petite poussée fébrile.

IV. — Cornil a expérimenté le traitement de Liebreich sur six malades : chacun d'eux a reçu de 6 à 10 injections. Les résultats furent nuls ; les symptômes laryngés notamment ne furent point amendés ; par contre, chez plusieurs sujets les urines ont été momentanément sanguinolentes et albumineuses, et un d'eux succomba à de l'œdème de la glotte. L'autopsie montra une excessive congestion péricuberculeuse. Somme toute, action plutôt défavorable et dangereuse pour le rein, si l'administration du médicament était prolongée pendant quelque temps. H. R.

Traitement de la bronchite tuberculeuse par les injections hypodermiques d'iodoforme, par GAVOY (*Gaz. méd. de Paris*, 28 février 1891).

Sous l'influence d'injections hypodermiques, répétées matin et soir à la dose d'un quart de seringue de Pravaz, chargée d'une solution de 18 centigrammes d'iodoforme dans 10 grammes d'huile d'amandes douces, on constate que la toux diminue rapidement, que l'expectoration muco-purulente se liquéfie et cesse. L'altération ou la raucité de la voix disparaît ; la matité diminue progressivement, le poumon redevient perméable à l'air, les râles sous-crépitaux s'éteignent, les sueurs nocturnes disparaissent et progressivement il se fait un rétablissement général.

OZENNE.

Sur l'administration de la créosote par la voie intestinale, par REVILLET (*Semaine méd.*, 1^{er} juillet 1891).

Après avoir montré quelles difficultés on a à faire prendre la créosote à hautes doses, par l'ingestion stomacale ou par les injections hypodermiques, Revillet indique la méthode qu'il emploie avec grand succès : c'est l'absorption par la voie intestinale. Il a expérimenté sur lui-même avec des doses progressivement croissantes et il a pu constater qu'à la dose de 3 et 4 grammes la tolérance était parfaite. Il prescrit à ses malades un lavement à cette dose avec 2 à 4 grammes émulsionnés dans 200 grammes d'eau, au moyen d'huile d'amandes douces et d'un peu de

mucilage adragant. Le lavement est pris au moment du coucher et en général très bien toléré.

Les signes d'absorption sont très rapides, le malade a presque instantanément la saveur de créosote dans la bouche, les urines deviennent noirâtres. Il se produit en même temps un abaissement remarquable de température (1 à 2°), un peu de ralentissement du pouls et du nombre des respirations. Quand les viscères (foie, reins) sont encore en bon état, la tolérance est parfaite ; mais la présence de l'albumine dans l'urine est une contre-indication formelle.

L'auteur publie quelques observations montrant les bons résultats obtenus ; ses malades ont pris, en cinq mois, de 5 à 600 grammes de créosote, et des lésions pulmonaires avancées ont été enrayerées et notablement modifiées.

A. CARTAZ.

I. — Du traitement opératoire de la pleurésie purulente à la clinique d'Hel-singfors, par RONEBERG (*Finska lakaresall. Handlingar*, XXXIII, 6).

II. — Die Erfolge der Behandlung eitriger Ergüsse der Brusthöhle (Résultats du traitement des épanchements purulents de la cavité thoracique), par KÖNIG (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 10, p. 251, 9 mars 1891).

III. — Empyema, par B. HOLMES (*Journal of the Amer. med. Assoc.*, p. 476, avril 1891).

I. — Etude de 105 cas d'empyème opérés de 1876 à 1890. Dans 48 cas il existait des complications graves : gangrène, tuberculose ; dans 87, aucune complication saillante.

Pour les premières opérations, suivies de lavages, on a obtenu sur 20 cas 6 guérisons complètes, 9 fistules, 5 morts.

Plus tard, on ne fait plus qu'un lavage immédiatement après l'opération. Sur 9 cas, 7 guérisons, 2 fistules. A partir de 1885 on supprime tout lavage. Après l'ouverture, maintien d'un drain et pansement occlusif antiseptique. Sur 58 cas, 56 guérisons, 1 fistule, 1 mort d'érysipèle,

Pour les 48 cas graves avec complications, 12 cas avec gangrène du poumon ont donné 4 guérisons, 2 fistules, 6 morts ; 4 cas avec tuberculose, 1 fistule, 3 morts.

A. CARTAZ,

II. — Depuis 12 ans, König a fait l'empyème pour 76 pleurésies suppurées ; 61 d'entre elles étaient relativement simples et comprenaient 36 cas de pleurésie aiguë, 16 empyèmes de nécessité pour fistules consécutives à la rupture de l'épanchement, 6 pleurésies putrides et 3 vomiques. Quant aux 15 cas complexes, ils se décomposaient en 4 épanchements pyohémiques, c'est-à-dire compliqués d'épanchements purulents d'autres organes que la plèvre ; 2 pyopneumothorax tuberculeux et 9 épanchements traumatiques.

Sur les 76 opérés, 10 ont succombé. Ce sont les 4 pyohémiques, les 2 malades atteints de pyopneumothorax tuberculeux, 1 homme qui est mort pendant l'opération même ; à la suite d'une thoracocentèse pour épanchement putride, il avait un œdème purulent aigu de la moitié du corps ; 1 homme de 60 ans, mort peu après l'opération, probablement par suite de la chloroformisation, et qui avait, d'ailleurs, une suppuration des deux reins ; 1 homme atteint d'épanchement traumatique, enlevé

par les lésions simultanées qu'il présentait du côté de l'abdomen; enfin 1 enfant de 1 an, emporté par un catarrhe gastro-intestinal 3 semaines après l'empyème, qui était presque guéri.

En défalquant ces 10 décès, il reste 66 opérés, dont 59 (89 0/0) sont guéris; 1 est en train de guérir; 3 sont sortis prématurément de l'hôpital, et 3 ont une rétraction du poumon telle qu'elle a empêché de para-chéver la cure.

6 opérés seulement ont séjourné plus de 3 mois à l'hôpital. 4 ont été guéris en 3 semaines, 12 en 4 semaines, 5 en 5 semaines, 5 en 6 semaines, 6 en 7 semaines et 10 en 8 semaines. Donc, en chiffres ronds, 71 0/0 ont pu reprendre leur travail dans les 2 mois. Parmi les opérés guéris se trouvent 28 enfants dont 7 au-dessous de 3 ans.

Pour Kœnig le traitement consécutif de l'empyème est plus important que l'opération même. Dans la paroi axillaire, au niveau de la quatrième côte, de préférence, il pratique, suivant l'épaisseur des parties molles, une incision longue de 6 à 10 centimètres, allant immédiatement jusqu'à l'os et dont la portion médiane correspond à la ligne axillaire moyenne. Il applique alors 2 crochets de Volkmann, qui arrêtent par compression l'hémorragie et mettent la côte à découvert. Puis, à l'aide d'un élévateur droit, il détache le périoste de la face antérieure et, avec un élévateur courbe, celui de la face postérieure. Le tronçon costal réséqué, il incise la plèvre dans une étendue égale. Alors commence l'écoulement du pus, qu'on favorise en plaçant le malade sur le côté et en relevant son tronc ou ses jambes. Pour évacuer les derniers restes de liquide, on fait des injections d'eau chaude. Kœnig a renoncé aux lavages désinfectants. Un drain, de la grosseur du doigt, est immédiatement introduit.

Dans les jours suivants, l'opéré a 4 fois par jour les jambes et le bassin fortement soulevés par un infirmier, tandis que lui-même est couché sur l'épaule correspondant au côté malade. Ensuite l'infirmier fait exécuter au corps du malade des mouvements alternatifs en avant et en arrière, après quoi l'opéré se redresse pour incliner son thorax du côté du drain. Pour terminer, l'infirmier réitère l'élévation du bassin. J. B.

III. — De l'étude de l'étiologie du pyothorax, Holmes tire les indications opératoires suivantes :

Un épanchement séreux doit être évacué lorsqu'il gêne la respiration ou la circulation par son abondance, ou bien lorsqu'il persiste après la guérison de l'affection primitive qui lui a donné naissance. L'aspiration suffit le plus souvent.

Les épanchements purulents et tuberculeux de petit ou grand volume doivent être drainés immédiatement et d'une manière permanente. Le drainage de tout le liquide doit s'effectuer dans tous les cas où l'épanchement est double et sans adhérences qui le limitent, ainsi que dans les cas d'épanchement unilatéral, alors que le poumon du côté opposé est incapable de suffire à la respiration.

L'incision intercostale et l'irrigation antiseptique de la cavité pleurale, avec la suture de l'incision, sont indiquées quand le poumon a conservé son expansibilité normale.

La résection costale et le drainage doivent être pratiqués dans tous les cas d'épanchement tuberculeux, ou purulent ancien.

Le mauvais état général du patient ne constitue jamais une contre-indication à l'opération, non plus que l'existence de la tuberculose de l'un ou des deux poumons, ou bien une pneumonie du même côté. Toutes ces conditions sont de nouvelles indications d'une intervention radicale.

MAUBRAC.

Action résolutive de l'antipyrine sur les épanchements pleurétiques, par CLÉMENT (*Lyon méd.*, 10 mai 1891).

Clément a observé que sous l'influence de l'antipyrine, administrée sans aucune médication adjuvante, à la dose de 6 grammes par jour, on voyait survenir très rapidement une diminution des épanchements pleurétiques (pleurésies aiguës, *a frigore*). L'action est nulle dans les épanchements purulents. Il n'a jamais constaté de diurèse concomitante de cette résolution; seulement quelques transpirations.

A. C.

I. — Die Behandlung nich operabler... (De l'emploi du violet de méthyle dans les tumeurs malignes non opérables), par V. MOSETIG-MOORHOF (*Wiener med. Presse*, n° 6, 1891).

II. — Du violet de méthyle dans les maladies pulmonaires, par G. MASINI (*Gazzetta degli Ospitali*, 11 mars 1891).

III. — Fuch sine in ulcerated cancer, par DYER (*New Orleans med. and surg. journ.*, avril 1891).

IV. — Idem, par Willy MEYER (*New York med. Rec.*, 25 avril 1891).

V. — De la pyoctanine dans le traitement des tumeurs malignes, par LE DENTU (*Semaine médic.*, 6 mai 1891).

VI. — Ueber die Anwendung des Methylenblau bei Cystitis, par EINHORN (*Deutsch. med. Woch.*, 30 avril 1891).

I. — Mosetig-Moorhof vante beaucoup l'usage des injections interstitielles d'une solution de violet de méthyle à 1/500 pour traiter les tumeurs malignes inopérables. Il rapporte l'exemple d'un cancer du plancher de la bouche considérablement amendé au bout de 26 injections, d'un sarcome de la mâchoire inférieure presque guéri, d'un cancer vésical avec hématuries profuses très amélioré. Seize cas de carcinome et de sarcome ont été ainsi traités au grand bénéfice des malades : les injections calment les douleurs et facilitent l'élimination des portions mortifiées.

Malheureusement ces bons résultats ne sont pas confirmés par les recherches des autres observateurs. Billroth a essayé infructueusement la méthode sur 30 sujets : trois fois seulement, dans des cas de sarcome, il y eut amélioration.

L. GALLIARD.

II. — Masini, de Gênes, l'a employée pour le traitement de la tuberculose pulmonaire. Il injecte à des animaux tuberculeux une solution de 1/1000 qui ne provoque aucun accident, mais les résultats thérapeutiques sont demeurés douteux.

III. — Dyer traite, d'après le même principe, les ulcérations cancéreuses avec une solution alcoolique de fuch sine dont il imbibe de la ouate hydrophile et qu'il laisse en place 3 ou 4 jours. Les résultats du traitement sont lents, mais paraissent favorables. Il cite quatre cas

d'ulcères étendus qui ont été modifiés et qui présentaient une tendance à la cicatrisation au bout de quatre semaines de traitement. H. R.

IV. — Willy Meyer publie 11 cas de tumeurs malignes traitées par la pyoctanine. En applications locales sur les ulcérations, cette substance diminue la douleur et agit comme analgésique : elle facilite l'élimination des parties malades qu'elle mortifie et transforme en une eschare sèche.

En injections interstitielles, elle provoque des nausées, des vomissements, du malaise et de la fièvre, ainsi que des eschares locales précédées de gonflement de la tumeur. L. GALLIARD.

V. — Le Dentu a employé la pyoctanine dans cinq cas d'épithélioma sans succès. Richelot et Reclus n'ont pas été plus heureux dans leurs tentatives. Il en a été de même dans un cas personnel au rédacteur de cette note. H. R.

VI. — L'urine des sujets qui ont pris deux ou trois fois 20 centigrammes de bleu de méthylène peut être conservée trois semaines sans se décomposer ; cette urine ne suscite dans la gélatine aucune colonie microbienne, tandis que l'urine ordinaire, vieille d'un jour, y fait naître des colonies importantes. Ce fait a conduit l'auteur à employer le bleu de méthylène dans deux cas de cystite et de pyélite, et ce résultat a été favorable.

Ayant constaté, d'autre part, au microscope, le bleu dans les crachats des phthisiques soumis au même traitement, Einhorn s'est demandé si ces crachats avaient conservé leur virulence : or les inoculations à l'agar-agar ont donné des résultats positifs. Rien à dire des effets cliniques.

Voici enfin une application du traitement au carcinome :

Une femme de 40 ans porte une tumeur de l'ovaire envahissant l'utérus et le tissu cellulaire du bassin ; on diagnostique un cancer inopérable. Ascite œdème des membres inférieurs, anasarque. En janvier 1891, la tumeur est plus grosse qu'une tête d'adulte ; émaciation extrême ; douleurs, vomissements ; P. 110 à 120 ; insomnie ; inappétence.

A partir du 2 février, on donne 20 centigrammes de bleu de méthylène d'abord trois fois par jour, puis une fois par jour. Après quinze jours de traitement, on note une amélioration évidente : les douleurs sont presque nulles, le malade commence à manger et à dormir. Le 21 février, disparition de l'anasarque ; il n'y a plus d'œdème des membres inférieurs ; P. 80. La tumeur, facile à palper grâce à la disparition de l'œdème de la paroi abdominale, semble plus petite et plus dure. C'est surtout au côté droit que les modifications sont appréciables. Depuis ce moment l'amélioration progresse.

L. GALLIARD.

Du bleu de méthylène et de ses propriétés analgésiques, par GALLIARD (Soc. méd. des hôpitaux, 24 avril 1891).

Galliard a employé ce médicament par la voie stomacale dans 11 cas, dont 4 névralgies, 1 arthralgie, 2 gastralgies, 2 céphalalgies, 2 myalgies ; il a eu 7 résultats négatifs, 4 résultats positifs : 1° 1 sciatique améliorée par des doses répétées de 10 centigrammes ; 2° 1 névralgie trifaciale guérie après une dose de 60 centigrammes ; 3° 1 myalgie disparaissant après une dose de 10 centigrammes ; 4° 1 céphalalgie atténuée après une dose de 20 centigrammes.

Il a relevé à doses faibles (10 à 20 centigrammes) des malaises variés :

céphalalgies, nausées, douleurs vagues, albuminurie transitoire; à forte dose (40 à 60 centigrammes), des vomissements, de la diarrhée, du ténésme vésical. Il conclut que c'est un médicament incertain, parfois dangereux, qui, en tout cas, ne modère pas la fièvre et est très inférieur à l'antipyrine.

H. L.

Naphthalin in typhoid fever, par L. WOLFF (*Medic. News*, 23 mai 1891).

Statistique de 100 cas de fièvre typhoïde traités de la façon suivante : d'abord, administration de calomel à la dose de 0,05 toutes les trois heures, puis immédiatement après capsules de naphthaline de 0,25 toutes les 4 heures. Mortalité totale 10 0/0, dont il faudrait défalquer trois cas de mort par affection intercurrente. L'auteur considère la naphthaline comme un antithermique qui diminue la fréquence des rechutes et qui a une action puissante sur la diarrhée des typhiques. H. R.

La balnéation chlorurée sodique; ses effets sur la nutrition; ses nouvelles indications, par A. ROBIN (*Bull. Acad. de méd.*, 19 mai 1891).

Après avoir décrit l'action physiologique de la balnéation chlorurée sodique, (d'après les eaux de Salies de Béarn) dans les différents modes d'emploi en usage : bain au quart, bain demi-sel et bain pur sel, Robin tente d'en déduire les applications chimiques. Comme, en pareil cas, les modifications des échanges ne sont pas encore bien connues, il se borne à poser les trois lois générales suivantes :

La balnéation chlorurée sodique reconnaît comme indication tous les états morbides, dans lesquels il y a hypoazoturie, c'est-à-dire diminution dans les échanges azotés.

Elle est également indiquée dans l'amoindrissement des oxydations azotées.

Enfin elle doit être employée dans les affections destructives du système osseux et dans les maladies du système nerveux qui doit être reconstitué par voie d'épargne.

Suivant les cas on aura recours au bain au quart, au bain demi-sel ou au bain pur sel.

Comme exemples des effets heureux de la balnéation chlorurée sodique, Robin cite les excellents résultats qu'elle peut donner dans la variété d'anémie où il y a diminution des échanges azotés et amoindrissement de l'oxydation, dans l'obésité par défaut, dans certaines auto-intoxications chroniques d'origine gastro-intestinale, dans quelques affections nerveuses, chez les diabétiques à nutrition déchuée et enfin chez les sujets, candidats à la goutte.

OZENNE.

Report of cases of anthrax or malignant pustule, par N. DAVIES COLLEY (*Guy's hosp. Rep.*, XLVII, p. 1).

Colley publie 13 cas détaillés de charbon et de pustule maligne tous localisés aux lèvres, aux joues et au cou : deux de ces derniers moururent, l'un avec des symptômes d'œdème de la glotte, l'autre avec des fusées inflammatoires vers le médiastin. La plupart de ces cas ont été soignés par les méthodes ordinaires, excisions et caustiques : mais cinq malades ont été soumis exclusivement à l'action de l'ipéca *intus et extra*,

et c'est ce qui fait le côté original de la communication ; ils ont guéri malgré des symptômes très sévères d'infection charbonneuse.

Une note de Percy Evans, relative à l'action de l'ipéca sur le bacille charbonneux, peut ainsi se résumer. Le mélange de poudre d'ipéca à une culture de bacille charbonneux tue ces derniers et les rend incapables de se reproduire, à la condition que ces bacilles ne soient pas munis de spores : or, c'est précisément le cas pour le charbon et la pustule maligne, car jamais on n'a constaté la présence des spores dans les tissus infectés.

H. R.

Cure of chyluria by thymol, par LAURIE (*Lancet*, vol. I, p. 364, 1891).

Deux observations de guérison complète de chylurie avec présence de filaires dans le sang par le thymol donné à dose de 0^{gr},40 à 1 gramme en 24 heures, cette dose étant prise par fractions toutes les trois à quatre heures. Disparition de la chylurie ; plus de filaires dans le sang, au bout de trois mois de traitement environ. Cette action parasiticide du thymol ne s'est plus retrouvée dans la lèpre, la tuberculose, la blennorragie.

A.-F. PLICQUE.

Die Anwendung der Kamphersäure und ihre Ausscheidung im Harn (L'emploi de l'acide camphorique et son élimination par l'urine), par K. BOHLAND (*D. Arch. f. klin. Med.* XLVII, p. 289).

L'acide camphorique a été employé dans la cystite et comme désinfectant de l'intestin par Fürbringer ; il a été donné avec succès contre les sueurs des phtisiques par Fürbringer, Leu, Niesel, Drusmann et d'autres.

Bohland a de son côté expérimenté le médicament qu'il donne dans du pain à chanter, en commençant par 1 gramme à 9 ou 10 heures du soir. Au besoin on peut porter la dose à 2 et, au maximum, à 3 grammes chez quelques malades qui ont des sueurs tardives, vers le matin ; il peut être utile de donner l'acide camphorique à 2 ou 3 heures du matin. (1 gr.). Les résultats obtenus sont favorables dans environ 80 0/0 des fois où le médicament est administré. Le camphorate de soude paraît avoir une action un peu inférieure à l'acide. L'action du médicament est beaucoup moins marquée sur les sueurs pathologiques d'autre nature.

Dans deux cas, l'acide camphorique à la dose de 3 grammes en trois doses a supprimé chez des phtisiques une diarrhée qui avait résisté aux autres moyens employés.

Dans la cystite, lorsque les urines sont ammoniacales, alcalines, on les éclaircit rapidement et les ramène à l'acidité avec 3 grammes par jour d'acide camphorique, donnés en trois fois. Ces urines peuvent alors se conserver plusieurs jours sans se putréfier.

L'acide camphorique s'élimine par les urines, de deux à cinq heures après son ingestion à jeun.

A. MATHIEU.

Weitere Untersuchungen ueber die Quecksilberdiurese (Nouvelles recherches sur la diurèse mercurielle), par Ernst JENDRASSIK (*D. Arch. f. klin. Med.* XLVII, p. 226).

Jendrassik revient de nouveau sur l'influence diurétique du calomel.

Le triomphe de ce médicament lorsqu'on l'emploie à titre de diurétique, c'est l'asystolie cardiaque, lorsque les autres agents n'ont rien donné. Il prolonge notablement la vie d'un certain nombre de malades. C'est ainsi qu'une malade a été maintenue en vie pendant 5 ans ; chaque année elle faisait en quelque sorte 15 à 20 cures de calomel. Un autre malade, atteint d'insuffisance aortique, vient de temps à autre à l'hôpital lorsqu'il a des accidents asystoliques ; le calomel le rétablit, et, dans l'intervalle, il est capable de mener une vie assez active ; 7 fois il a été débarrassé de son hydropisie. Une fois on dût faire la ponction abdominale ; son urine renfermait une notable quantité d'albumine. Un malade de Jordan a pris sans inconvénient 107 gr. 05 de calomel en 23 cures.

Jendrassik conseille de donner le calomel pendant un jour seulement dans les cas au moins où l'on peut compter sur son action. Il faut donner alors 10 centigrammes par dose, à raison de 8 à 10 doses par jour. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut donner le calomel pendant plus de deux jours. La diurèse venue, il faut cesser.

On évitera ainsi la stomatite mercurielle, qui a pu prendre dans quelques cas une intensité considérable et même mettre en danger la vie du malade.

A. MATHIEU.

Salicin compared with salicylate of soda..., par A. HAIG (*Medico-chir. Transact.*, LXXIII, p. 297).

Haig a étudié comparativement le salicylate de soude, la salicine et le salol au point de vue de leur valeur respective dans l'élimination de l'acide urique, et il est arrivé au résultat suivant. Le salicylate de soude a environ 13 fois le pouvoir excréteur de la salicine : le salol se place entre deux, plus actif que la salicine, mais beaucoup moins que le salicylate.

A ce propos, H. étudie la pathogénie du rhumatisme, qui pour lui se résume ainsi :

Les manifestations articulaires du rhumatisme sont le résultat de la précipitation ou de la concentration de l'acide urique contenu dans les tissus, et qui s'accumule dans les jointures. Cette concentration est due, comme dans la goutte, à l'extrême acidité de humeurs de l'organisme, dont l'acidité de l'urine est l'expression clinique. Simultanément, la teneur du sang en acide urique diminue considérablement au cours d'une attaque de rhumatisme aigu (*Voy. R. S. M.*, XXVI, 77).

H. R.

Zur Behandlung der chronischen Obstipation, par Th. S. FLATAU (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 9, p. 231, 2 mars 1891).

Dans 40 cas de constipation habituelle provenant simplement d'une paresse du gros intestin engendrée par une vie sédentaire, Flatau a obtenu d'excellents résultats de l'application comme topique de l'acide borique pulvérisé, soit qu'il en saupoudrât (après lotion froide de la région anale) le bourrelet saillant de la muqueuse rectale, soit qu'en l'absence de celui-ci, il injectât l'acide borique à l'intérieur du rectum, avec un ballon pulvérisateur (à la dose de 3 grammes). Ni l'oxyde de zinc, ni le talc, ni l'iodol, ni le sozoiodol, ni même la glycérine boriquée ne lui ont donné les mêmes succès.

J. B.

Des injections intra-veineuses employées dans un but thérapeutique et de leurs indications, par MAYET (*Lyon méd.*, 10 mai 1891).

Les injections intra-veineuses peuvent être utilisées :

1° Pour suppléer à l'insuffisance de la quantité du liquide circulant dans les vaisseaux (hémorragies, suffusion séreuse);

2° Pour favoriser l'élimination de certains principes toxiques (lavage du sang);

3° Pour introduire certaines substances médicamenteuses.

M... étudie successivement ces trois indications.

Dans la première, dont l'application a été faite surtout dans le choléra, l'injection de sang, la transfusion ne donne pas de bons résultats. Il est préférable d'employer des solutions salines en prenant les sels qui sont conservateurs des globules, qui n'altèrent pas les qualités du sang.

Ces sels sont par ordre de faculté conservatrice : le chlorure de sodium, le bicarbonate de soude, le sulfate de soude, phosphate neutre de soude, le sulfate de magnésie. Les altérations les moins marquées sont obtenues avec le chlorure de sodium. Dans la proportion de 0.50 à 0.60 0/0, c'est ce médicament qui constitue le liquide de choix. Il est inutile, d'après M..., d'y ajouter aucun autre sel.

Le mode d'injection, pour être efficace et sans danger, a une grande importance. Il faut pousser très lentement le liquide, 50 centimètres cubes par minute, soit six à huit minutes pour une injection de 300 centimètres cubes. A cette dose et dans ces conditions, avec les précautions opératoires, il n'y a pas de danger à craindre.

2° Pour l'élimination des substances toxiques, il faut opérer dans les mêmes conditions. Ce sont les conditions réalisées par Dastre et Loye dans le lavage du sang.

3° L'introduction de médicaments par la voie veineuse est infiniment supérieure comme rapidité d'action à la voie sous-cutanée. La plupart des sels et des alcaloïdes n'amènent pas, aux degrés de dilution nécessaires, d'altération grave du sang. M... étudie surtout l'injection de chloral, montre par les recherches antérieures et par des observations personnelles que les injections ne sont pas dangereuses et peuvent être utilement employées dans la rage, le tétanos, l'urémie convulsive, le delirium tremens, l'empoisonnement par la strychnine.

L'auteur termine cette étude de physiologie thérapeutique par les indications du manuel opératoire.

A. C.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

- I. — Three cases of intracranial tumours, par J. Mitchell CLARKE (*Brit. med. j.*, p. 1283, 13 juin 1891).
- II. — Beitrag zur Symptomatologie der Hirntumoren, par N. SCHÖENTHAL (*Berl. kl. Woch.*, p. 254, 9 mars 1891).
- III. — Ein Fall von Hirntuberkeln... (Tubercule cérébral avec mouvements involontaires), par C. A. EWALD (*Ibidem*, p. 261).
- IV. — Contribution à l'étude des aphasies, par BERNHEIM (*Revue de médecine*, mai 1891).
- V. — Case of hemiopia followed by hemianesthœsia and hemiplegia, par Samuel GEE (*St-Barth. Hosp. Rep.*, XXVI, p. 109, 1890).
- VI. — Case of conjugate deviation of the eyes..., par Samuel GEE (*Ibidem*, p. 103).
- VII. — Parageusia with ophthalmoplegia, par WHERRY (*Brit. med. j.*, p. 1074, 16 mai 1891).

I. — *Obs.* 1. Fillette de 6 ans. Six mois auparavant, chute sur le derrière de la tête : à partir de ce moment, faiblesse croissante du bras et de la jambe droite, avec tremblement intermittent exagéré par les mouvements. Vomissements par intervalle. Contracture passagère des muscles des parties parésiées.

Le 15 octobre, épilepsie jacksonienne, convulsions débutant par le bras droit et suivies de contracture avec torticollis spasmodique. Ces crises se répètent et se compliquent de symptômes de parésie faciale et de déviation conjuguée des yeux à droite.

On diagnostique une tumeur cérébrale et on applique le trépan ; l'écorce cérébrale est trouvée intacte. Les symptômes paraissent momentanément améliorés, mais l'enfant meurt subitement le lendemain.

À l'autopsie, gliôme siégeant dans la couche optique gauche et repoussant en haut et en dedans le plancher du ventricule latéral.

Obs. 2. Tumeur de l'hémisphère droit, au-dessous de l'insula de Reil, chez un individu de 43 ans. Pas de paralysie, mais somnolence et névrite optique avec hémorragies rétinienues et céphalée persistante ; vomissements, coma final. Le symptôme le plus constant a été la difficulté croissante de l'écriture dès le début du mal.

À l'autopsie, tumeur considérable, de nature syphilitique, occupant l'hémisphère droit, près de la capsule externe, elle débordé en dehors et refoule les circonvolutions de l'insula en avant, tandis qu'en arrière elle empiète sur le lobe temporo-sphénoïdal et même sur le lobe occipital. L'absence de paralysie, dans ce cas, tient à ce que la capsule interne n'a pas été comprimée. L'agraphie tenait probablement, au contraire, à la compression de l'insula.

Obs. 3. Tumeur tuberculeuse du cervelet et de la protubérance, chez un sujet de 33 ans.

H. R.

II. — Schoenthal rapporte l'observation d'un jeune homme de 19 ans, comptant dans sa famille des épileptiques. Lui-même avait eu, à l'âge de 9 mois, des convulsions et depuis l'âge de 5 ans de grandes et petites attaques épileptiques. Deux mois avant l'entrée à l'hôpital, à la suite d'une vive émotion, les attaques convulsives changèrent complètement de nature et devinrent des attaques d'hystérie franche; en même temps, le caractère subissait des modifications correspondantes et il existait des troubles psychiques (hallucinations, refus de nourriture, etc.). Ce malade ayant succombé 15 jours après son admission, à une pneumonie double, on trouva à l'autopsie un gliôme tétangiectasique, et gros comme une noisette, placé dans le centre ovale du lobe frontal gauche.

J. B.

III. — Garçon de 7 ans, tombé brusquement malade en décembre 1889 : délire des actes et des paroles, durant plusieurs jours avec fièvre violente, suivis de mouvements convulsifs dans le membre supérieur gauche et d'un amaigrissement à marche suraiguë, contrastant avec un appétit vorace. En même temps, hémiplegie des membres et du facial gauches. Quand le petit malade veut exécuter un mouvement ou qu'il est ému, ses doigts, son poignet et son avant-bras gauches sont pris de contractions cloniques, se différenciant de l'athétose par leur amplitude et leur discontinuité (elles cessent au repos et la nuit).

Depuis quelque temps l'enfant, jusque-là docile, est devenu rétif et chagrin. Aucun trouble des organes des sens ni de la sensibilité. Pas de modification dans l'excitabilité faradique; galvanique légèrement affaiblie à gauche, sans aucun indice de réaction de dégénérescence. Rien à l'examen des poumons. Urine normale.

Vers la fin de janvier 1890, apparition de fièvre hectique et diarrhée, mort le 18 février. Quelques jours auparavant, paralysie des sphincters.

Autopsie. Tuberculose des poumons, de l'intestin et du foie. A la base du crâne, tumeur tuberculeuse au-devant du pédoncule cérébral et de la bandelette optique du côté droit. L'ouverture des ventricules montre que cette tumeur provient de la couche optique droite, dont elle occupe les segments inférieur et moyen; elle mesure 1 1/2 à 2 centimètres de diamètre, est uniformément caséeuse, elle intéresse aussi la portion de capsule interne sus-jacente à la couche optique. Plusieurs autres foyers tuberculeux plus petits sont disséminés dans les hémisphères cérébraux : 2 d'entre eux occupent la substance blanche du lobe occipital droit, à l'endroit où se réunissent les parois postérieures et interne de ce lobe; 1 est situé immédiatement au-dessous de l'écorce de la circonvolution centrale postérieure droite, tout à côté de la grande scissure longitudinale; 4 autres gros comme des cerises sont également sous-corticaux, le 1^{er} dans le lobe occipital droit, le 2^e à la face inférieure du lobe temporal droit, le 3^e dans la circonvolution frontale moyenne gauche, et le dernier à l'extrémité de la scissure de Sylvius gauche. J. B.

IV. — Bernheim publie l'observation d'un malade atteint d'aphasie à l'autopsie duquel on constata un ramollissement :

1^o De la troisième circonvolution frontale gauche, sauf une languette mince rubanée de 1 centimètre de hauteur, formant sa paroi supérieure;

2^o Du quart inférieur des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes;

3^o Du tiers supérieur de la scissure de Rolando, ramollissement s'étendant à la face interne ou antérieure de la circonvolution pariétale ascendante dans ses deux tiers supérieurs, et au tiers postérieur de la lèvre interne de la frontale ascendante dans son tiers supérieur;

4^o Du lobule pariétal supérieur sur une surface carrée de 2 centimètres de côté;

5^o Du lobule pariétal inférieur à l'exception de la partie supérieure de ce lobule et du pli courbe qui coiffe l'extrémité postérieure de la scissure sylvienne;

6° De la première circonvolution temporo-sphénoïdale dans sa totalité.

Pendant la vie, on avait constaté chez ce malade, indépendamment de l'aphasie motrice, une agraphie presque complète, fait d'autant plus remarquable que le pied de la deuxième frontale gauche était intact. Bernheim pense que l'agraphie, dans ce cas, était due à la rupture des communications de ce centre avec le lobule pariétal inférieur.

Il existait en outre, chez cet homme, de la surdité psychique partielle par difficulté de communication entre l'image acoustique du mot et l'image visuelle de l'objet d'une part, entre chacune de ces deux images et le centre psychique d'autre part; donc amnésie auditive partielle de conductibilité par destruction de la première circonvolution temporo-sphénoïdale.

Enfin, il était atteint de cécité psychique *pour les choses*, sans cécité *des mots*, par difficulté de communications entre le centre de la mémoire visuelle des choses d'une part, entre le centre visuel et le centre psychique d'autre part, par destruction d'une partie du lobule pariétal inférieur.

On voit que d'après Bernheim, sauf pour l'aphasie motrice, c'est le défaut de conductibilité des divers centres sensoriels entre eux et avec le centre psychique qui joue le rôle prépondérant dans les phénomènes.

C. GIRAudeau.

V. — Le sujet de l'observation rapportée par Gee, un homme de 44 ans avait été sujet de tout temps à des maux de tête. En février 1890, il commença à éprouver des étourdissements, et à ne pouvoir lire que difficilement. Sa vision s'altéra graduellement et il se présenta en mars à l'hôpital, où l'on constata une hémiopie droite avec cécité complète de la moitié correspondante du champ visuel; il y avait un commencement d'aphasie. Un mois plus tard on notait, outre les symptômes visuels, de l'aphasie, de l'agraphie, de la cécité verbale, et un peu de démence : il existait simultanément de l'hémianesthésie droite. Enfin il se produisit de l'hémiplégie avec stupeur progressive : ce malade succomba le 15 avril avec des symptômes bulbaires.

On trouva à l'autopsie, outre de l'hydrocéphalie, un kyste du lobe occipital gauche; à l'extrémité de ce kyste se voyait une tumeur rougeâtre enclavée dans la partie antéro-supérieure de l'écorce du lobe occipital, exactement au niveau de la deuxième circonvolution occipitale. Autour de la tumeur, la substance cérébrale était ramollie : notamment au niveau du gyrus angulaire et de la circonvolution supra-marginale. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome.

L'auteur fait observer que dans ce cas l'hémiopie pouvait s'expliquer par la lésion des circonvolutions occipitales, centre de la vision, et aussi par la destruction des fibres de la couronne rayonnante qui se rendent à ces circonvolutions.

L'hémianesthésie était vraisemblablement due à la compression de la partie postérieure de la capsule interne par les progrès du kyste, de même que l'hémiplégie motrice.

Quant à l'aphasie, à l'agraphie et à la cécité verbale, elles sont difficiles à expliquer. L'auteur se demande s'il n'existe pas un centre de la parole voisin du point où la circonvolution angulaire passe au-dessus du lobe occipital. L'association fréquente de troubles du langage avec l'hémiparésie droite semblerait confirmer cette hypothèse. H. R.

VI. — Enfant de 6 ans, malade depuis près de six mois. Début par des convulsions, puis déviation des yeux, affaiblissement progressif de l'intelligence et somnolence. Elle entre dans l'état suivant :

Céphalée, vomissements, névrite optique; démarche oscillante et incertaine, affaiblissement de la vue voisin de la cécité : ophtalmoplégie intéressant les

deux yeux, presque symétriquement. Ceux-ci sont tournés en haut et en dehors, en partie cachés sous les paupières. Paralyse finale.

À l'autopsie, gliôme occupant l'étage inférieur de l'encéphale s'étendant au-dessus et en arrière du bulbe et du cervelet, et paraissant né dans la portion intermédiaire aux pédoncules cérébraux. Les tubercules quadrijumeaux étaient envahis, les ventricules distendus par de la sérosité. H. R.

VII. — Homme de 47 ans pris brusquement, en pleine santé, d'une attaque sans perte de connaissance, caractérisée par la sensation d'un goût amer dans la bouche et de la diplopie. Trois jours après, on constate chez lui une diplopie homonyme et une perte complète de l'accommodation visuelle.

Au bout de huit jours, l'état s'était aggravé. La diplopie était devenue croisée : la convergence des deux globes oculaires était impossible. La cuisse gauche et les doigts de la main gauche offraient des plaques d'anesthésie. Le goût était complètement perverti : l'eau pure avait une amertume incroyable; bien que l'appétit fût conservé et la langue nette, le malade ne pouvait manger à cause du dégoût insurmontable que lui causait cette amertume. Cet état persista pendant une quinzaine, puis, graduellement, disparut sous l'influence de l'iodure de potassium; le malade avait eu, 20 ans auparavant, la syphilis.

Wherry pense que les symptômes oculaires tenaient à une lésion syphilitique occupant les noyaux de la 3^e paire, au niveau de l'aqueduc de Sylvius. H. R.

Zur Pathologie der Grosshirngeschwülste (Sur la pathologie des tumeurs cérébrales) par H. OPPENHEIM (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank.*, XXI, 2 et 3, p. 560 et 705, et XXII, 1, p. 27).

Le travail de Oppenheim comprend la relation de 23 cas de tumeur cérébrale avec autopsie. Eu égard à la nature du néoplasme, ces cas se répartissent ainsi : gliomes (sarcomes et gliosarcomes) 18; carcinomes 3; tubercule solitaire 1; gomme 1. Le diagnostic tumeur cérébrale avait été porté 17 fois du vivant des sujets. La manifestation qui de toutes a la valeur diagnostique la plus grande est l'œdème de la papille; toutefois son apparition est quelquefois tardive. Il importe aussi de ne pas la confondre avec la papillite albuminurique, confusion d'autant plus possible qu'on est exposé à pratiquer l'examen ophtalmoscopique chez des sujets en proie à des accidents cérébraux graves, qui sont sous la dépendance de l'urémie. L'encéphalopathie saturnine peut également donner lieu à des erreurs de diagnostic. Le développement de l'œdème de la papille débute par une névrite optique simple ou double. Seules les tumeurs dont la présence n'entraîne pas d'accroissement notable de la pression intra-cranienne évoluent sans occasionner des modifications du fond de l'œil. Il est, en somme, très rare que ces modifications fassent défaut jusqu'au bout, dans un cas de tumeur cérébrale.

Dans l'ordre d'importance le symptôme qui vient ensuite est la torpeur intellectuelle et la somnolence; celle-ci peut être très prononcée, à une période avancée de la maladie. Les troubles psychiques sont assez fréquents dès le début, mais ils n'ont rien de caractéristique.

Dans 12 cas, il y avait de l'aphasie; dans 2 de ces 12 cas la tumeur

siégeait à droite, dans 2 cas elle occupait la circonvolution de Broca ou son voisinage ; 1 fois (tubercule solitaire) elle était logée dans le lobe temporal droit, empiétant sur l'insula et sur la troisième circonvolution frontale ; le sujet était droitier.

Les symptômes de paralysie et d'excitation motrice n'ont permis de diagnostiquer la localisation exacte du néoplasme que 2, au plus 3 fois. L'hémiplégie peut se rencontrer avec des sièges variables de la tumeur ; elle est d'autant moins complète que le néoplasme occupe un territoire plus éloigné de la zone motrice.

L'examen de la sensibilité est souvent rendu très difficile par l'état de torpeur des malades. Les résultats qu'il donne n'ont pas une grande valeur diagnostique.

Les paralysies des muscles de l'œil n'ont été observées que rarement, dans les cas recueillis par Oppenheim. Il n'a pas toujours été facile d'expliquer leur développement.

Dans un petit nombre de cas, on a constaté de l'hémianopsie ; jamais ce signe n'a eu de l'utilité au point de vue du diagnostic de la localisation.

Quant aux troubles psychiques, ils ont été constatés surtout dans les cas où le néoplasme occupait le lobe frontal.

Enfin, pour ce qui concerne la céphalalgie, elle n'a pas non plus une grande valeur diagnostique ; il en a été autrement de la douleur développée à la percussion du crâne.

L'intervention opératoire n'est indiquée, suivant Oppenheim, que lorsque les symptômes sont bien nettement ceux d'une lésion en foyer et que les phénomènes généraux en rapport avec une augmentation de la pression intracrânienne sont peu prononcés, circonstances rares, à la vérité.

E. RICKLIN.

Ein Beitrag zur Lehre von den Lesestörungen (Contribution à l'étude des troubles de la lecture à propos d'un cas dyslexie), par WEISSENBERG (*Archiv für Psychiatrie und Nervenk.*, XXII, 2, p. 414).

Un homme de 57 ans présentait déjà depuis quelque temps des troubles psychiques et des symptômes en rapport avec une tumeur abdominale, lorsque subitement il fut frappé d'une dyslexie : quand il voulait lire, il était obligé de se creuser la mémoire pour trouver le mot qu'il voulait prononcer ; cela ne lui arrivait qu'une fois qu'il avait déjà lu quelques lignes. Détail curieux, le malade distinguait et reconnaissait parfaitement les différentes lettres du mot qu'il ne pouvait plus prononcer, ce qui n'a pas été constaté dans les cas de dyslexie publiés jusqu'à ce jour.

D'autres troubles sont survenus dans la suite, c'est-à-dire de la paraphasie, de la paraphragie, de l'aphasie amnésique. Vomissements fréquents ; faiblesse corporelle et dépression psychique croissantes. Le malade a succombé dans le coma. Trois jours avant sa mort, il a été frappé d'une hémiplégie droite ; paralysie du bras droit, paresse de la jambe droite et du facial. Les pupilles étaient inégalement dilatées. Hyperesthésie de la jambe gauche. Fièvre. Ulcération de décubitus.

A l'autopsie, on a trouvé un sarcome du rein droit ; des hémorragies récentes en nappes à la surface et dans l'épaisseur de la pie-mère, au niveau des lobes temporal et occipital, à gauche ; un foyer hémorragique récent dans l'écorce de la portion basale du lobe occipital ; un foyer du volume d'un pois, de teinte gris brunâtre, dans l'écorce de la seconde circonvolution fron-

tale; enfin, une tumeur volumineuse qui traversait toute la moitié postérieure de l'hémisphère gauche. A l'examen microscopique, angiosarcome vasculaire.

L'auteur arrive à conclure qu'il existe un centre spécial présidant à l'acte qui consiste à coordonner en mots les signes écrits du langage. Ce centre doit se trouver à proximité de celui du langage proprement dit. Dans ce cas, la dyslexie reconnaissait pour cause une interruption des voies qui relient le centre « des images optiques de la mémoire » au « centre coordinateur des lettres qui composent les mots. » De ce que le malade pouvait déchiffrer promptement les premières lettres qui lui tombaient sous les yeux, l'auteur conclut que le centre optique, le premier de ces deux centres, était intact; or, ajoute-t-il, la plupart des phrases commencent par des mots usuels dont l'emploi n'exige pas un grand effort de mémoire; on s'explique ainsi la possibilité de lire assez rapidement les premiers mots.

E. RICKLIN.

Springende Thrombose der Extremitätenvenen... (Thrombose des veines des membres et des sinus cérébraux; guérison), par ERLÉNMEYER (*Deutsche med. Woch.*, n° 35, p. 781, 1890).

Dans ce cas, les foyers de thrombose veineuse n'ont pas été en continuité les uns avec les autres; ils ont *sauté* en diverses régions. On remarquera en outre les signes qui ont permis de diagnostiquer la thrombose du sinus longitudinal supérieur et des sinus caverneux et enfin la guérison des accidents.

Fille de 35 ans, ayant eu une péritonite, morphinomane; elle s'injecte tous les jours une dose de 0,20 centigrammes de morphine. Elle est faible, amaigrée, anémique. A partir du 13 janvier, on entreprend de la déshabituer de la morphine. Le 23, thrombose de la veine saphène interne gauche durant jusqu'au 5 février.

Le 10 février, accès de fièvre, double pleurésie sèche.

Le 24, thrombose de la fémorale droite. Le 27, fièvre, thrombose de la veine iliaque primitive et symptômes de péritonite.

Le 2 mars, céphalée; les douleurs se répètent les jours suivants, somnolence, délire. Le 11 coma. Le 13, gonflement du dos du nez et des tempes, pupilles resserrées, perte du réflexe cornéen.

Le 14, l'œdème s'étend au tiers interne des paupières supérieures, à la partie externe des paupières inférieures, au front; on constate un certain degré d'ophtalmie. T. 39°, 2; P. 100; R. 28.

Le 15, T. 39°. L'état soporeux persiste. La malade avale ce qu'on lui verse dans la bouche mais ne sollicite aucune nourriture. Pas de raideur du cou, pas de vomissements, pas de convulsions.

Le 16, la malade reste éveillée pendant une demi-heure. L'œdème de la face diminue. T. 38°, 4.

Le 17, la malade est éveillée le matin; elle a du délire et des hallucinations. L'après-midi elle retombe dans le sommeil.

Les jours suivants l'intelligence reparait progressivement, mais elle ne devient parfaite que le 24 mars. La patiente se lève le 27 mars et part guérie le 9 avril.

L. GALLIARD.

Ueber eine besondere schere Form von Folgezuständen... (Sur une forme grave particulière d'accidents consécutifs à la commotion cérébrale et sur le complexe symptomatique qu'on observe d'une façon générale en pareils cas), par **M. FRIEDMANN** (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank.* XXIII, 1, p. 230).

Une première observation de Friedmann concerne un homme de 27 ans qui reçut un coup violent sur l'arcade sourcilière gauche supérieure. Il ne perdit pas connaissance, mais fut pris de vertige et de céphalalgie; il titubait en marchant; avec cela paralysie du facial, de l'oculo-moteur externe, et d'une partie de l'oculo-moteur commun, à droite; surdité de ce même côté. Ces accidents s'atténuaient peu à peu. Toutefois, cinq mois plus tard, le malade fut pris d'une sorte d'accès aigu, caractérisé par une céphalalgie très violente, par de l'agitation, de la pesanteur de tête et par une paralysie spasmodique des membres inférieurs. La paralysie spasmodique se dissipa au bout de huit jours, mais le malade vint en proie à des céphalalgies paroxysmiques très violentes qui éclataient vers onze heures du matin pour se terminer vers une ou deux heures, ou même plus tard. La douleur qui affectait un caractère lancinant, partait toujours d'un même point du côté gauche du crâne pour s'irradier vers le front et le pavillon de l'oreille à droite. Dans cette même région, la peau était le siège de fourmillements et d'une sensation d'engourdissement, la pression développant à ce niveau des douleurs intenses. Pendant les accès en question, le malade était congestionné et transpirait fortement.

Les attaques, au nombre de deux ou trois par semaine, allèrent en augmentant de fréquence. La morphine seule procurait quelque soulagement au malade. Il subsistait encore des traces de la paralysie faciale droite; paralysie complète de l'oculo-moteur externe et de la pupille. Caractère sombre.

Environ un an après l'accident, le malade fut pris d'un accès subit compliqué de délire. Deux jours après il succombait dans le coma. A l'autopsie on ne trouva aucune trace d'une lésion macroscopique. Par contre, l'examen histologique fit constater des altérations vasculaires dans toute l'étendue du cerveau. Ces altérations étaient prononcées surtout dans la paroi des vaisseaux de moyen et de petit calibre: réplétion excessive des vaisseaux; hémorragies capillaires récentes; gaines vasculaires d'une largeur anormale, qui se détachaient nettement de la paroi propre des vaisseaux; infiltration des parois vasculaires par des cellules lymphatiques, etc.

Une seconde observation concerne une femme de 30 ans qui étant tombée du haut d'un escalier (septembre 1886), s'était fait une blessure superficielle dans la région du pariétal droit. Elle avait perdu connaissance pendant quelques instants. Le lendemain, vertige violent et céphalalgie limitée au côté gauche de l'occiput; nausées, dilatation de la pupille gauche; poussées de fièvre. Les accidents se sont amendés dans le cours des deux années suivantes. Par contre, les facultés intellectuelles ont baissé, la mémoire notamment. Au mois de février 1890, trépanation dans la région occipitale; la surface du cerveau, mise à nu, ne présentait rien d'anormal. Immédiatement après l'opération atténuation des symptômes. Le 10 février la malade succombe dans le coma. A l'autopsie on n'a pu constater aucune lésion palpable.

E. RICKLIN.

Della meningite cronica semplice dell'adulto, par **Giacomo LUMBROSO** (Florence, 1891).

L'auteur élimine complètement de ses descriptions les méningites dépendant de l'alcoolisme, du saturnisme, de la syphilis, en un mot des grandes intoxications, et ne s'attache qu'à la méningite chronique simple,

idiopathique de l'adulte, ou lepto-méningite chronique hémorragique, dont une forme spéciale, fréquemment confondue avec l'épilepsie, est décrite à part sous le nom de méningite chronique idiopathique à type hystéro-épileptique.

Après avoir constaté la pénurie de la littérature médicale sur ce point, l'auteur rapporte en détail 8 observations dont 2 sont complétées par la nécropsie et les examens histologiques les plus complets. Vient ensuite la nosographie méthodique dont nous donnerons un rapide résumé.

L'étiologie est très obscure; cependant il faut noter l'influence des excès vénériens, de la chlorose, des troubles menstruels, de l'allaitement, le surmenage; âge prédisposant de 18 à 40.

A l'examen pathologique on trouve le cerveau intact; épaississement de l'arachnoïde et de la pie-mère qui sont opaques et peuvent atteindre jusqu'à un centimètre; on les détache facilement de la substance cérébrale. Les lésions sont plus accentuées à la base où l'on trouve les nerfs comprimés et écrasés; histologiquement on voit outre l'hyperplasie du tissu, des vaisseaux de nouvelle formation, de petites hémorragies punctiformes, des cellules globulifères.

Lumbroso distingue trois formes suivant que les lésions ont pour siège la base, la convexité ou ces deux régions à la fois.

A la voûte, début lent, céphalalgie insidieuse, symptômes vagues et irréguliers; un peu plus tard douleurs en diverses parties du corps (épaules, membres supérieurs), faiblesse générale, insomnie, mais surtout céphalée croissante fréquemment matutinale, occupant une moitié de la tête, s'irradiant à la face; plus tard encore, parésies transitoires, sensations lumineuses, anesthésie, aphasie, troubles dans la déambulation (ataxie cérébrale), crampes, convulsions. Absence de fièvre, urines normales, intégrité des fonctions végétatives. A l'ophtalmoscope, neuro-rétinite, champ visuel rétréci (pas d'hémianopsie vu la bilatéralité des lésions). A ce point la maladie peut se terminer brusquement par les convulsions, le coma et la mort, ou rester stationnaire, ou même rétrograder jusqu'à la guérison si des rechutes ne viennent pas l'entraver.

A la base, la céphalalgie et le vomissement ne font pas défaut; ce décours est rarement insidieux; les lésions ayant le plus souvent leur siège au niveau du chiasma, la neuro-rétinite, et les paralysies des nerfs moteurs communs, et moteurs externes. Souvent s'y associent des paralysies du trijumeau avec les névralgies et les troubles trophiques; on a aussi signalé la lésion de l'olfactif. Les crampes généralisées, les douleurs vagues attestent l'altération des pédoncules et du pont de Varole. Même décours, même issue que pour la méningite de la convexité, mais la guérison y est plus rare en raison des troubles nerveux qui entraînent souvent la cécité et la permanence des paralysies.

La forme mixte est l'assemblage des deux types cliniques sus-décrits.

Le diagnostic présente de très grandes difficultés surtout avec l'hystéro-épilepsie, et serait parfois impossible sans l'examen du champ visuel, du fond de l'œil et des troubles dyschromatopsiques, qui en est à proprement parler la clef. Céphalée plus intense d'un côté, et le matin, d'origine cérébrale évidente. Le début du mal sans cause occasionnelle

physique ou psychique, l'âge, le sexe, les antécédents de nervosité ne doivent pas être négligés. Quant à la paralysie générale progressive, l'auteur ne pense pas, malgré l'avis contraire de Grasset et de Seeligmuller, qu'il y ait possibilité de confusion en l'absence de tremblement et de troubles portant sur les facultés psychiques, le langage, l'émission des urines, le fonctionnement des pupilles, les réflexes, etc.

La pachy-méningite hémorragique survient à un âge avancé, et s'accompagne d'attaques apoplectiques ou convulsives avec myosis, contractures, somnolences.

Très difficile, au contraire, est la distinction du type morbide de Lumbroso d'avec celui qui trahit le développement des tumeurs cérébrales; les signes, réunis en foyers dans ce dernier cas, plus diffus dans le premier, ne suffisant pas toujours à conduire à la vérité. Le vomissement, la soudaineté et l'intensité des troubles visuels, le grave œdème papillaire, la protrusion des bulbes oculaires, le ralentissement du pouls, les vertiges, la cachexie rapide plaideront en faveur de la tumeur cérébrale.

Sur ses 8 observations, Lumbroso compte 2 guérisons complètes, 2 guérisons avec reliquats, 2 états stationnaires et 2 morts. Le pronostic est donc relativement bénin; aussi ne doit-on rien négliger pour arriver par le diagnostic le plus hâtif à la cure qui peut procurer la guérison.

En fait de traitement, c'est l'habituelle thérapeutique des phénomènes nerveux, révulsifs sur la nuque, le crâne, frictions irritantes, suivant la méthode catalytique Remak, iodure de potassium, et enfin l'électricité, en se basant pour la position des pôles sur la situation bien déterminée des lésions.

LOUIS JULLIEN.

I. — Ueber das Vorkommen von Sensibilitätsstörungen (Sur la survenance de troubles de la sensibilité dans la sclérose multiple insulaire), par C. S. FREUND (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank.*, XXII, 2 et 3).

II. — Ein Fall von multipler Sclerose... (Sclérose en plaques avec tremblement intentionnel de la face), par V. COHN (*Deutsche med. Woch.*, n° 13, p. 400, 1891).

III. — Notes on a case probably referable to a recently described form of spinal disease, par Grainger STEWART (*Brit. med. j.*, p. 1219, 6 juin 1891).

IV. — A case of compression paraplegia, par E. W. GOODALL (*Guy's hosp. Rep.* XLVII, p. 279, 1890).

I. — Les recherches de Freund ont porté sur 33 cas de sclérose en plaques, observés à l'hôpital de la Charité, de Berlin, dans les salles de la clinique des maladies nerveuses. Des troubles de la sensibilité ont été observés dans 29 cas. Dans 14, ces troubles se réduisaient à des anesthésies passagères. Dans 6 autres cas il y avait des troubles objectifs durables (anesthésie plus ou moins complète). Dans 6 autres cas il y avait des phénomènes de paresthésie, en partie durables, en partie fugaces. Dans 4 cas la sensibilité a été trouvée tout à fait anormale. Dans 3 cas il existait des troubles de la sensibilité qui ne peuvent être rangés dans aucune des catégories communément établies : sensation de piqures d'épingles, tiraillements douloureux dans les membres, fausses sensations, etc.

L'auteur a entrepris une analyse détaillée de ces troubles de la sensibilité, pour insister sur ce que, dans les cas de sclérose en plaques, ces troubles ont pour caractère identique leur fugacité, qui est à mettre en parallèle avec le caractère identique, présenté par les troubles de la vue, les troubles de la motilité (hémiparésie, paraparésie, paralysie du nerf péronier), les troubles des fonctions vésicales, les paralysies des muscles innervés par le facial et des cordes vocales qu'on observe dans les cas de sclérose en plaques.

Ces troubles de la sensibilité reconnaîtraient pour substratum anatomique des épaississements et des tuméfactions des cylindraxones, susceptibles de régression.

E. RICKLIN.

II. — Il s'agit d'une femme de 34 ans chez qui le diagnostic est fort difficile. Certains signes se rapportent à la paralysie agitante : raideur des muscles de la nuque et du cou, rigidité de tout le corps, avant-bras en demi-flexion sur le bras, main semblant tenir une plume à écrire, tremblement continu des mains au repos, phénomène de progression, sensation de chaleur exagérée ; la parole n'est pas scandée.

D'autre part il y a du nystagmus, le tremblement de la tête manque au repos, le tremblement continu des mains s'exaspère dans les mouvements intentionnels, il y a exagération de quelques réflexes (spécialement au niveau des extrémités supérieures), phénomène du pied (seulement à droite).

L'auteur conclut à la sclérose en plaques. Il signale un phénomène rare : le tremblement intentionnel des muscles de la face. Ce tremblement se produit quand la malade ouvre ou ferme les yeux, quand elle contracte les lèvres, les muscles de la bouche. Pas de tremblement de la langue. L. GALLIARD.

III. — Grainger Stewart décrit ainsi un cas obscur de maladie de la moelle chez un homme de 48 ans, non syphilitique ni alcoolique.

Début de l'affection en janvier 1889 ; à cette date, fourmillements et engourdissement dans les doigts des mains, survenant à l'occasion de tous les mouvements : mêmes sensations aux pieds pendant la marche. Graduellement cette hyperesthésie des extrémités s'accrut sans que les fonctions musculaires fussent atteintes. Les réflexes cutanés et organiques étaient normaux, le réflexe tendineux plutôt exagéré.

Plus tard, les mouvements volontaires parurent gênés, surtout pour les actes de précision (écriture, dessin, etc.), mais sans altération de coordination ni troubles vasomoteurs ou trophiques.

Le cas fut considéré comme une névrite périphérique et traité par le massage, l'électrisation et la strychnine. Il y eut d'abord une amélioration. Puis, sous l'influence d'une marche au soleil, l'état s'aggrava. On constata pour la première fois une diminution de la sensibilité aux mains et aux pieds et une légère ataxie du mouvement, bien que le réflexe tendineux persistât. Traitement par la suspension, sans amélioration notable.

Pendant l'hiver de 1890, amélioration par un séjour à Menton, mais réapparition des accidents au retour du malade à Londres, avec accroissement de l'anémie et de la faiblesse, sans symptômes évidents d'ataxie locomotrice ou de sclérose antéro-latérale : diminution notable de la sensibilité, sans anesthésie totale, affaiblissement de la motilité sans paralysie véritable et sans incoordination. Un nouveau séjour dans le Midi n'améliora pas la situation ; au contraire, la faiblesse s'accrut par suite d'une diarrhée persistante qui ne reconnaissait d'autre cause que le trouble du système nerveux. H. R.

IV. — Homme de 62 ans, atteint de paraplégie depuis une quinzaine de jours, au cours d'une bronchite chronique. Perte du mouvement et de la sensibilité à la douleur dans les membres inférieurs, suppression du réflexe rotulien et des réflexes épigastrique et crémasterien : atrophie des muscles des

jambes, commençant à gagner ceux du bras. Saillie angulaire de la 4^e vertèbre dorsale. Bientôt, troubles de la miction, eschares du décubitus, incontinence des matières fécales. Réaction de dégénérescence des muscles de la jambe et de la cuisse, progrès de l'anesthésie. Mort lente au bout de 7 mois de paraplégie.

A l'autopsie, pas de lésion de la moelle appréciable à l'œil nu, mais carie des 5^e et 6^e vertèbres dorsales, avec pénétration de matière caséuse dans le canal rachidien et compression de la moelle qui présente un étranglement.

Histologiquement, à ce niveau, sclérose diffuse de la moelle avec augmentation de la vascularisation, et disparition presque complète des cellules nerveuses et même des tubes nerveux. Les cornes postérieures sont relativement moins atteintes que les antérieures, dont les cellules sont disparues ou transformées en pigment jaunâtre.

Dégénération des cordons de Goll au-dessus du point comprimé. H. R.

I. — *Beitrag zur Kenntniss der hereditären Ataxie und Kleinhirnatrophie* (Contribution à l'étude de l'ataxie héréditaire et de l'atrophie cérébrale), par MENDEL (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank.*, XXI, 1, p. 160).

II. — *Ueber eine eigenthümliche familiäre Erkrankung* (Sur une affection familiale particulière du système nerveux central), par NONNE (*Ibidem*, XXII, 2, p. 282).

I. — Un homme de 46 ans était sujet depuis l'âge de six ans à des douleurs lombaires; depuis cette même époque il présentait une certaine incertitude dans la démarche. Deux ans plus tard, il avait perdu la faculté d'écrire, et au bout de quatre années de maladie, le sujet, très habile ouvrier jusque-là, ne pouvait plus se servir de ses mains pour se livrer à sa profession de bijoutier. En même temps il était devenu en proie à une grande incoordination motrice dans toutes les parties du squelette. Depuis l'âge de 7 ans, il avait de l'embaras de la parole, intelligence intacte.

Lors d'un premier examen qui eut lieu quatre ans avant la mort du malade, on constatait une déviation de la tête à droite, plus marquée au moment où le malade exécutait des mouvements intentionnels, lesquels s'accompagnaient des mouvements associés de la face et des yeux; parole trainante, explosive par moments; ataxie dans les quatre membres, plus prononcée à droite; diminution de la force musculaire dans les bras et dans les jambes, mais à un moindre degré. Réaction faible des pupilles (dilatées), à la lumière et aux efforts d'accommodation; phénomène de Romberg. Un peu d'exagération du phénomène du genou. Sensibilité absolument normale.

Dans le cours des trois années suivantes, l'état du malade a subi une légère aggravation. Puis les désordres moteurs ont subitement augmenté pour revêtir un caractère choréiforme; l'embaras de la parole s'est également accentué. Vertige intense. Pendant la nuit le malade tombait parfois hors de son lit. Atrophie considérable avec spasmes des muscles des jambes. Spasmes dans les membres supérieurs; quand le malade saisissait un objet il ne pouvait plus le lâcher. Affaiblissement progressif, mort.

Du vivant du malade on avait diagnostiqué un cas de maladie de Friedreich. A l'examen des centres nerveux, ce qui frappa à première vue, c'est l'atrophie considérable du cervelet. Voici d'autre part les résultats les plus importants de l'examen histologique des centres nerveux :

Dans le segment lombaire de la moelle, dégénérescence des cordons postérieurs et des racines postérieures, atrophie des racines et des cornes antérieures; dégénérescence des ganglions radiculaires postérieurs. Dans le segment dorsal, la dégénérescence intéressait les cordons de Goll, les cordons

de Burdach, les faisceaux pyramidaux latéraux et les faisceaux cérébelleux latéraux. La dégénérescence atteignait sa plus grande intensité dans les cordons cunéiformes. Dans le segment cervical, la dégénérescence présentait à peu près la même distribution. Dans le bulbe, elle intéressait également les différents faisceaux blancs et leurs noyaux gris. En fait de noyaux d'origine des nerfs craniens, elle atteignait les noyaux du facial et de l'hypoglosse. Atrophie considérable du pont de Varole. Les pédoncules cérébraux étaient réduits au tiers de leur masse.

Dans le cervelet, dont l'atrophie ainsi qu'il a été dit était très considérable, la grande raréfaction des cellules de Purkinje était très manifeste; par contre on n'en voyait point de dégénérées ou d'atrophées. Les fibres nerveuses présentaient les moindres altérations dans les parties du cervelet où l'apparition des gaines de myéline autour de ces organes est précoce ou tardive à apparaître, ainsi dans le vermis, dans les amygdales, dans le lobe semi-lunaire postérieur.

M. conclut qu'il s'agissait dans ce cas d'une affection systématique combinée, ayant eu pour point de départ un arrêt de développement qui a porté sur le cervelet la protubérance et le bulbe. Les lésions spinales, avec leur marche progressive, ne sont venues qu'en seconde date et ont donné lieu aux symptômes notés successivement chez le malade et dans la pathogénie desquels la lésion du cervelet a joué le rôle d'élément adjuvant.

II. — L'affection en question a été observée chez trois frères âgés respectivement de 46, 49 et 50 ans. Chez le sujet n° 1, les premiers symptômes étaient survenus à l'âge de 30 ans, à la suite d'une violente émotion; chez le sujet n° 2 et chez le sujet n° 3, à l'âge de 14 ans et à l'âge de dix ans, sans cause appréciable. Les symptômes consistaient en troubles psychiques (démence, grande irritabilité), désordres ataxiques des membres, embarras de la parole, nystagmus; limitation des mouvements des globes oculaires en haut, en haut et en dehors, en haut et en dedans. Ataxie statique et locomotrice. Les mouvements qui président à l'expression mimique étaient également empreints d'une certaine incoordination. On ne constatait pas le phénomène de Romberg; pas de parésie ni de contractions; sensibilité normale. Les réflexes étaient intacts. Atrophie du nerf optique.

Le sujet de l'observation n° 3 a été emporté par une pneumonie intercurrente, qui était venue compliquer une phthisie tuberculeuse. Les résultats de l'examen néroscopique peuvent se résumer dans ces quelques mots: A l'œil nu, développement insuffisant et malformation des organes composant les centres nerveux; absence de toute altération pouvant être considérée comme un résidu d'un processus inflammatoire.

Les seules anomalies révélées par l'examen microscopique consistaient dans la prépondérance des fibres nerveuses fines sur les fibres plus grosses, dans les racines antérieures et postérieures, et dans quelques nerfs périphériques.

Il s'agissait, en somme, d'une anomalie du développement du système nerveux, qui se traduisait par un ensemble de symptômes qu'on n'a pas encore observé jusqu'ici, et qui offrait des traits communs avec l'ataxie héréditaire de Friedreich, avec la sclérose en plaques et avec l'atrophie du cervelet.

E. RICKLIN.

I. — Sur la nature périphérique de certaines paralysies dites spinales aiguës de l'adulte, par DEJERINE (*Arch. de Physiologie*, p. 268, avril 1890).

II. — Sur un cas de névrite apoplectiforme du plexus brachial suivi d'autopsie, par J. DEJERINE (*Soc. de biologie*, 19 juillet 1890).

III. — Note sur un cas de polynévrite infectieuse aiguë, par HAVAGE (*Revue de médecine*, 10 février 1891).

I. — Exemple remarquable de névrite motrice périphérique ayant présenté la symptomatologie et l'évolution de la paralysie dite spinale aiguë de l'adulte. On a classé cette dernière maladie dans le groupe des poliomyélites antérieures aiguës en se basant sur l'analogie symptomatique qu'elle présente avec la paralysie infantile et sur une seule autopsie due à Gombault, autopsie qui est loin d'être un exemple démonstratif de poliomyélite (les lésions consistaient exclusivement en une pigmentation des cellules nerveuses fort bien explicables par l'âge de la malade).

Actuellement, à mesure que l'on étudie à nouveau les faits, on croit que les différentes formes de paralysies appelées par Duchenne paralysies spéciales, appartiennent en réalité à la névrite périphérique et relèvent comme cette dernière d'agents infectieux ou toxiques de nature souvent indéterminée.

G. LION.

II. — Un malade âgé de 68 ans a une attaque d'apoplexie. Quand il reprend ses sens il s'aperçoit que son bras droit est complètement paralysé. La paralysie motrice s'accompagne de perte de la sensibilité à la douleur et de perte du sens musculaire.

Un mois plus tard, la perte de la sensibilité et celle du sens musculaire ont disparu, quelques mouvements sont possibles, mais il se développe de l'atrophie musculaire portant particulièrement sur la main (main simienne) sans réaction de dégénérescence et des troubles trophiques de la peau. Le malade étant mort de tuberculose, on constate à l'autopsie un foyer hémorragique ancien, avec néoformation ostéo-calcaire englobant les vaisseaux axillaires ainsi que les branches du plexus brachial. Histologiquement altération des nerfs périphériques, des muscles de la peau, intégrité absolue des racines antérieures et postérieures de la moelle. C'est la cinquième observation publiée de névrite apoplectiforme de plexus brachial et la première avec autopsie. Dejerine insiste sur la disparition rapide des troubles sensitifs et sur l'importance qu'il y a à rechercher ces troubles dans les commémoratifs afin de faire le diagnostic de l'affection avec la paralysie spinale aiguë de l'adulte.

G. LION.

IV. — Le malade dont Havage rapporte l'observation fut pris, au cours de l'épidémie de grippe de 1889-90, de courbature générale avec fièvre, inappétence, langue blanche, albuminurie passagère. Au bout de quelques jours la fièvre tomba, mais il survint alors une rachialgie intense accompagnée d'engourdissement, de picotements d'abord limités aux orteils, puis, gagnant rapidement les mollets et les cuisses. Ceux-ci furent bientôt suivis de parésie et même de paralysie presque complète des membres inférieurs; les membres supérieurs, certains muscles de la face et des yeux furent également atteints de paralysie les jours suivants. En revanche, intégrité complète du rectum et de la vessie.

Tous ces troubles s'amendèrent au bout de trois semaines environ et finirent par disparaître entièrement assez rapidement.

L'auteur passe en revue toutes les causes de polynévrite et par exclusion se demande, mais sans émettre aucune affirmation à cet égard, s'il n'a pas eu affaire dans ce cas à une polynévrite d'origine grippale.

G. GIRAudeau.

De l'influence des centres trophiques de la moelle sur la distribution topographique de certaines névrites toxiques, par E. BRISSAUD (*Arch. de neurol.*, mars 1891).

Brissaud rapporte l'observation d'un homme alcoolique, chez lequel l'incoordination motrice n'avait envahi que la jambe gauche, sous forme de steppage. Il avait éprouvé d'abord une douleur vive au niveau des branches terminales du nerf saphène interne, du côté gauche; puis d'autres douleurs, siégeant en trois points au-dessus du premier, et au niveau desquelles on observa ensuite des plaques de vitiligo. Presque en même temps survint de l'incertitude dans les mouvements de la jambe gauche, puis ce steppage indiquant la paralysie des extenseurs du pied, et alternant avec la paralysie totale de la jambe, laquelle montrait la participation des muscles de la cuisse à la paralysie. Phénomènes paralytiques et atrophiques dans la sphère du crural, du sciatique poplitée externe et de l'obturateur. Zona correspondant au grand nerf abdomino-génital. Tous les phénomènes observés dépendaient donc d'une portion bien limitée des branches du plexus lombo-sacré. A ce propos, Brissaud admet l'influence des centres nerveux sur la production des lésions périphériques; son observation le prouve; mais il ne nie pas que beaucoup de névrites peuvent et doivent être légitimement rapportées à l'influence directe de la substance toxique sur les conducteurs nerveux. DESCOURTIS.

Note on three cases of an hereditary form of progressive amyotrophy, par DONKIN (*Brain*, p. 456, 1890).

Les trois cas que rapporte Donkin ont une étroite analogie avec les faits publiés par Ormerod, Herringham, Tohot, Charcot et Marie.

1° Waller R., âgé de 9 ans, éprouve de la difficulté à marcher, il steppe en marchant, par suite de la paralysie des extenseurs de la jambe, et a le pied en position du varus équin. Les muscles de la jambe sont atrophiés, ceux de la cuisse sont normaux. Légère anesthésie concomitante: perte de l'excitabilité galvanique et faradique dans les muscles atrophiés. Aux membres supérieurs, atrophie concomitante des avant-bras et des muscles de la main. Ces phénomènes datent de deux ans et sont survenus après une attaque de rougeole;

2° Alin R., sœur aînée du précédent, 17 ans. Même démarche, même atrophie des membres, plus prononcée aux membres supérieurs. L'affection a débuté à 7 ans également à la suite d'une rougeole. Pas de contractions fibrillaires ni de tremblement: pas de suppression du réflexe patellaire;

3° Le père des précédents, âgé de 42 ans, a la même affection, qui a débuté chez lui à 17 ans, et offre des particularités analogues. La mère est en bonne santé, il n'y a pas d'influence syphilitique dans la famille. Le grand-père paternel avait également de l'atrophie musculaire. H. R.

Déformations thoraciques dans la myopathie progressive primitive, par GUINON et SOUQUES (*Bull. Soc. anat.*, p. 348, juin 1891).

Présentation du thorax d'un jeune garçon de 15 ans atteint de myopathie (forme de Erb). Le malade, confiné au lit depuis plusieurs années, est mort de broncho-pneumonie.

Le diamètre antéro-postérieur du thorax est diminué de longueur: Le sternum est rapproché de la colonne vertébrale, et le thorax est élargi dans le sens transversal; le sternum très aplati dans ses deux tiers supérieurs présente un enfoncement très prononcé au niveau de son tiers inférieur. Il existe, en outre, un déplacement en masse du thorax dans le sens latéral, de telle façon qu'une perpendiculaire abaissée du milieu de la base de l'ap-

pendice xyphoïde sur le rachis, tombe approximativement sur l'angle costal : la ligne médiane du sternum ne correspond plus à l'axe du corps. Ce second élément semble être sous la dépendance du décubitus latéral prolongé.

On peut penser qu'il s'agit là, comme pour les déformations craniennes, d'une lésion ostéo-trophique spéciale, parallèle aux troubles trophiques musculaires qui constituent la myopathie progressive.

MAUBRAC.

Sur l'état de l'appareil de la vision dans la maladie de Thomsen, par F. RAYMOND (*Soc. méd. des hôpitaux*, 5 juin 1891).

De l'étude de deux malades, Raymond conclut que les muscles des paupières et des yeux, muscles volontaires, peuvent être le siège de contractures spasmodiques, analogues à celles des autres parties du corps ; qu'elles se manifestent lors des mouvements spontanés comme des mouvements provoqués ; que ces muscles peuvent s'hypertrophier, et de préférence les muscles droits ; que l'accommodation n'est pas intéressée. La réaction pupillaire est normale, il n'y a pas de lésion du fond de l'œil, l'acuité visuelle est peu altérée.

H. L.

Changement de l'attitude du corps dans le cours de la maladie de Parkinson, par BIDON (*Revue de médecine*, janvier, p. 75, 1891).

Chez un malade atteint de paralysie agitante datant de cinq ans, avec attitude correspondant au type flexion de Charcot, aussi bien dans la position assise que dans la station debout ou la marche, Bidon a vu survenir à l'occasion d'une grippe intercurrente une modification complète dans l'attitude du malade. Depuis cette époque en effet le type flexion est remplacé par le type extension, quelle que soit l'attitude, assise ou debout. L'auteur pense que le séjour prolongé au lit à l'occasion de la grippe a provoqué l'extension des membres par le fait des lois de la pesanteur et que cette extension prolongée des membres a imprimé à chaque muscle une attitude qui a été fixée par le trouble nutritif ignoré qui cause la raideur musculaire parkinsonienne et presque l'immobilisation des divers segments des membres. C. GIRAudeau.

An analysis of cases of chorea..., par E. W. GOODALL (*Guy's hosp. Rep.*, XLVII, p. 35).

Statistique portant sur 262 malades affectés de chorée (74 garçons et 188 filles) presque tous compris entre 5 et 14 ans : deux fois seulement l'affection avait débuté chez des adultes (29 et 39 ans).

Sur ces 262 malades, 104 fois l'affection récidiva, huit fois elle devint chronique, 60 fois il y eut de l'hémichorée.

Chez 63 sujets, il y eut des complications cardiaques caractérisées par un souffle systolique à la pointe (20 fois il y avait du rhumatisme), mais sans maladie de cœur démontrée ; 33 autres sujets avaient manifestement des lésions valvulaires, et sur ceux-ci, 22 avaient eu des rhumatismes. 11 fois la chorée fut suivie de mort, et toujours en pareil cas, on trouva de l'endocardite récente.

Relations avec le rhumatisme : Sur 251 malades, 71 avaient eu préalablement une attaque indubitable de rhumatisme. Chez 16, la chorée précéda, à quelques semaines de distance, l'apparition du rhumatisme. L'auteur pense que 32 0/0 des choréiques sont des rhumatisants. H. R.

Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, par A. PITRES (2 vol. in-8°, 1891).

Les leçons cliniques qui constituent le canevas du beau traité que vient de publier Pitres sur l'hystérie sont en partie connues des lecteurs de la *Revue*, car elles ont été, pour la plupart, analysées, au moment de leur apparition, et tous les neuropathologistes connaissent les excellentes monographies relatives aux anesthésies, aux spasmes rythmiques, aux contractures des hystériques.

Dans le présent volume, l'auteur a condensé tous ces éléments épars, et, avec un talent remarquable d'exposition, a fait le traité le plus complet de l'hystérie qui ait paru jusqu'ici. Utilisant non seulement les innombrables travaux suscités par l'école de la Salpêtrière, mais des recherches personnelles poursuivies depuis plus de dix ans, il nous montre dans tous ses détails l'histoire de la grande névrose, les conditions héréditaires et personnelles qui la préparent, les occasions qui la font naître isolément ou se répandre à l'état d'épidémie contagieuse par imitation; il nous fait assister, d'une manière saisissante, à toutes ses modalités cliniques. Les troubles sensitifs d'abord, sous forme d'anesthésies cutanées, sensorielles et viscérales, ou, au contraire, sous forme d'hyperalgésies locales ou générales, constituent le caractère le plus saillant de l'affection. Puis vient l'étude bien connue des troubles moteurs, depuis la grande attaque convulsive si merveilleusement analysée par Charcot, jusqu'aux spasmes limités, aux tics, aux tremblements. On lira avec intérêt les deux chapitres, très originaux et très personnels, consacrés à la description des zones spasmogènes cutanées et viscérales, envisagées dans leurs rapports avec les phénomènes de l'aura hystérique. Enfin, les troubles paralytiques et les altérations trophiques complètent le tableau clinique si variable de la maladie.

Le second volume est presque exclusivement consacré à l'état mental des hystériques et à l'hypnotisme. Après avoir essayé de montrer dans quelles limites l'hystérie confine à la neurasthénie et produit des types hybrides d'une interprétation complexe, Pitres passe en revue les aberrations intellectuelles et morales des hystériques, signale la fréquence et le caractère de leurs hallucinations, qui sont ordinairement visuelles, mobiles, unilatérales, à prédominance érotique et qui aboutissent parfois à des tentatives de suicide soudaines et irréflechies. Tous ces chapitres sont à méditer, car ils ont, au point de vue de la médecine légale, une portée considérable.

A méditer également, les leçons consacrées à l'étude expérimentale et clinique de l'hypnotisme. Avec un grand sens scientifique, Pitres a su exposer les données actuelles relatives à ses actions si mystérieuses, en évitant les exagérations d'une crédulité aveugle, aussi bien que les fins de non-recevoir du scepticisme. Il nous montre l'hypnotisation se produisant chez les malades par des procédés analogues à ceux qui déterminent les spasmes ou les troubles sensitifs : aux zones spasmogènes répondent des zones hypnogènes : aux grandes convulsions de l'attaque spasmodique, les phénomènes du grand hypnotisme, léthargie, catalepsie, somnambulisme avec leurs formes frustes si variables et si multiples. De là à l'analyse des troubles mentaux spontanés et provo-

qués qui accompagnent l'hypnotisme, la transition s'impose : dans une série de chapitres intéressants, Pitres étudie les suggestions hypnotiques déterminées par les suggestions de la vue, de l'ouïe, du toucher, les attitudes du corps, la persistance de ces suggestions et l'état de la mémoire dans l'hypnotisme, les variations de la personnalité, le degré de responsabilité des malades, toutes questions qui touchent aux phénomènes psychologiques les plus intimes et sont du domaine journalier de la médecine légale. L'ouvrage se termine par l'analyse des attaques de délire spontanées et provoquées chez les hystériques et des zones idéogènes. On lira avec intérêt la curieuse observation d'une malade chez laquelle on provoquait les idées les plus disparates par le simple contact d'une baguette de verre sur des régions déterminées. Enfin, l'hypnotisme, ainsi que le somnambulisme, est envisagé au point de vue des dangers, comme au point de vue des services thérapeutiques qu'il peut rendre.

On trouvera dans cet important ouvrage les qualités personnelles qui caractérisent le talent de Pitres, une exposition claire et précise, un choix heureux de comparaisons et d'expressions, un nombre considérable d'observations inédites et de documents originaux, enfin, un grand nombre de figures, soit schématiques, soit photographiques, qui complètent les descriptions du texte et les gravent dans l'esprit. H. RENDU.

Ueber einen Fall von Athetosis spastica, par SCHEIBER (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankh.*, XXI, 1, p. 220).

Jeune homme de 16 ans ; antécédents héréditaires neuropathiques ; a eu des convulsions peu de temps après sa naissance, une otite moyenne à droite, à l'âge de cinq ans, qui a nécessité la trépanation de l'apophyse mastoïde ; suppuration pendant six mois. A l'âge de sept ans, hémiplegie gauche sensitive et motrice, avec aphasie motrice. Un peu plus tard, les membres du côté paralysé ont été envahis par des spasmes toniques qui leur imprimaient les attitudes les plus diverses. Ces spasmes duraient de 1 à 3 minutes. Au membre inférieur, les spasmes avaient une expression relativement monotone. De douleurs, point. Les spasmes cessaient pendant le sommeil et aussi à l'état de veille quand le malade se trouvait seul et que son attention était détournée de sa maladie. Ils se reproduisaient à la moindre émotion ou sitôt que le malade exécutait des mouvements avec les membres du côté droit. La volonté était sans influence sur ces mouvements convulsifs, sauf que le patient réussissait à vaincre le spasme tonique des extenseurs des doigts, qui se transformait alors en spasme des fléchisseurs.

L'hémiplegie du côté gauche s'est compliquée d'une hémiatrophie totale dont les débuts remontaient également à l'âge de sept ans. Cette hémiatrophie intéressait le crâne dans la même mesure que les membres et le tronc, preuve qu'elle n'était pas une conséquence de l'hémiplegie, qu'elle était l'expression de lésions congénitales des centres nerveux. De plus, au bras gauche et surtout à l'épaule gauche les muscles étaient le siège d'une hypertrophie apparente, sans augmentation de la force musculaire. Pas de contracture dans le sens propre du mot. Diminution des réflexes cutanés à gauche. Les autres fonctions intactes.

E. RICKLIN.

Ueber hysterische Schlafzustände... (Sur les états de sommeil hystériques et sur leurs rapports avec la grande hystérie) par L. LÖWENFELD (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankh.*, XXII, 3, p. 715, et XXIII, 1, p. 40).

L'auteur, qui a observé cinq exemples, a entrepris un exposé de la

question en se guidant surtout sur les travaux de Charcot et de ses élèves. Il se rallie d'une façon générale aux doctrines de l'école de la Salpêtrière pour ce qui concerne les relations de ces états de sommeil avec l'hystérie, mais il a insisté sur ce qu'on observe des attaques de sommeil, qui ne s'accompagnent d'aucune des manifestations de l'attaque typique d'hystéro-épilepsie; Löwenfeld a, pour sa part, observé un grand nombre d'attaques de ce genre, se répétant un grand nombre de fois chez un même sujet. Il se demande si on est en droit de considérer ces états purement léthargiques comme des modifications de l'attaque hystéro-épileptique? Pour résoudre cette question, il faut, dit-il, considérer les modalités diverses des attaques hystéro-épileptiques et leurs combinaisons avec les états léthargiques. On arrive alors à se représenter que les états léthargiques avec résolution musculaire d'une part, les attaques de sommeil qui s'associent aux manifestations de la grande hystérie, constituent les extrêmes d'une série continue, entre lesquels les symptômes de la grande hystérie forment toutes les gradations possibles. Toutes ces gradations peuvent se rencontrer chez un même sujet, comme c'était le cas chez une malade observée par Löwenfeld. On arrive ainsi à se convaincre que les états purement léthargiques sont, par rapport aux attaques somnambuliques plus compliquées, des manifestations équivalentes d'une même névrose. E. RICKLIN.

Contribution à l'étude clinique des tremblements hystériques, par DUTIL
(Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, n° 1-2, 1890; 2 et 3, 1891).

Dutil fait l'historique des différents travaux publiés sur le tremblement hystérique et constate la rareté des observations sur ce sujet.

Le début est parfois insidieux, mais le plus souvent brusque, à la suite d'un traumatisme, d'une frayeur ou d'une attaque convulsive; l'attaque de tremblement précédée de l'aura, peut remplacer l'attaque vulgaire. Dans certains cas, pas de cause provocatrice appréciable; le tremblement est l'accident hystérique initial, ce qui peut induire en erreur pour le diagnostic. Les tremblements peuvent être généralisés ou partiels (forme hémiplegique, paraplégique, monoplégique). Leur durée est très variable: ils persistent plusieurs mois, plusieurs années sans interruption, ou bien ils se montrent par accès; leur intensité est aussi des plus variables; tantôt fort légers, ils rendent parfois la marche ou la préhension des objets difficile ou même impossible.

Ils présentent en général un rythme régulier; mais les uns sont d'une lenteur remarquable, les autres sont très rapides, véritablement vibratoires. La plupart persistent à l'état de repos et pendant les mouvements actifs, quelques-uns n'apparaissent qu'à l'occasion des mouvements volontaires. Le même sujet peut présenter simultanément ou successivement des tremblements d'allures fort différentes, les tremblements sont essentiellement polymorphes.

Envisagés au point de vue de la fréquence de leurs oscillations, ils peuvent être répartis en trois groupes:

1° Les tremblements à oscillations rapides ou vibratoires (8 à 12 oscillations par seconde);

2° Les tremblements de rythme moyen (de 5 1/2 à 7 1/2 oscillations par seconde);

3° Les tremblements à oscillations lentes (de 4 à 5 1/2 oscillations).

Parmi ceux des derniers groupes, certains sont intentionnels, c'est-à-dire apparaissent ou s'exagèrent à l'occasion des mouvements volontaires. Ce qu'il importe de relever c'est que les tremblements hystériques peuvent simuler les tremblements propres à certaines affections organiques ou inorganiques du système nerveux (paralysie agitante, sclérose en plaques, etc.).

Le tremblement vibratoire survient par accès, à la suite des attaques convulsives, ou bien est continu ; il est partiel ou généralisé ; mais, même dans ce dernier cas, pendant les périodes à calme relatif, il semble localisé aux seules extrémités, il est alors tout à fait comparable à celui des malades atteints de goitre exophtalmique à forme fruste. Il ne s'efface que pendant le sommeil et présente dans son intensité des degrés variables, suivant les moments. Il peut être confondu avec le tremblement alcoolique, celui de la paralysie générale, et surtout le tremblement de la maladie de Basedow.

Les cas de tremblement de rythme moyen sont de beaucoup les plus nombreux. Il convient d'abord de distinguer le tremblement rémittent intentionnel, qui imite d'une façon parfaite le tremblement mercuriel, et moins bien celui de la sclérose en plaques, car s'il s'accroît à l'occasion des mouvements volontaires, il persiste dans certaines attitudes de repos, contrairement au tremblement de la sclérose en plaques. Le décubitus horizontal est, à l'état de veille, la seule attitude qui entraîne la cessation du tremblement ; il peut se localiser diversement, il est plus rythmé, ses oscillations sont plus fréquentes que celles du tremblement de la sclérose en plaques. En ce qui concerne la ressemblance avec le tremblement mercuriel, on peut se demander si tous les tremblements mercuriels ne sont pas d'origine hystérique ? Charcot pense qu'il existe un tremblement mercuriel indépendant de l'hystérie ; Dutil a toujours trouvé des stigmates hystériques chez les trembleurs mercuriels.

Il existe enfin des tremblements purement intentionnels, identiques par conséquent au tremblement de la sclérose en plaques. G. LYON.

Negro-Lethargy (Maladie du sommeil), par Stephen MACKENZIE (*Brit. med. j.*, p. 1181, 22 novembre 1890).

Il s'agit d'un jeune nègre du Congo, dont la famille avait été décimée par la maladie du sommeil, et qu'on avait transporté en Angleterre dès les premières atteintes du mal. Celui-ci paraît avoir succédé à un mois de diarrhée. Au début, l'état intellectuel était bon, sauf des intervalles d'assoupissement : les paupières un peu tombantes. Bientôt, survint de l'affaiblissement, de l'impotence fonctionnelle, une démarche incertaine et tremblante, puis du tremblement de la langue. L'intelligence devint paresseuse, le sommeil plus fréquent. A la suite d'une attaque il devint comateux, avec une température fébrile, des sueurs profuses, et de l'albuminurie qui d'ailleurs fut passagère. Ces crises se répétèrent souvent : dans la journée il était pris à chaque instant de sommeils peu durables ; finalement il eut de l'incontinence d'urine et des eschares au sacrum. On trouva constamment dans son sang des filaires, aussi bien le jour que la nuit, bien que les urines n'aient pas été chyleuses, et cela dans une proportion telle, que 20 centimètres cubes en renfermaient 78 (soit 119 millions pour la totalité du sang).

L'auteur croit néanmoins que les filaires ne sont point la cause de la maladie du sommeil : ce n'est pas non plus une forme de malaria, malgré les accès fébriles qui la traversent : enfin, elle n'est pas comparable au bérubéri, dont les symptômes rappellent ceux des névrites périphériques.

H. R.

I. — Etude comparée de la propagation des souffles d'endocardite chez l'adulte et chez l'enfant, par S. PERRET (*Lyon méd.*, 17 mai 1891).

II. — Zur Frage eines herzsystolischen Doppeltones... (Existence d'un double bruit systolique dans la carotide et la sous-clavière), par LEHRNBECHER (*Munch. med. Woch.*, p. 401, 9 juin 1891).

III. — Ein fühlbarer Puls auf zwei Herzcontractionen (Une pulsation artérielle perceptible pour deux contractions cardiaques), par DEHIO (*Deut. Arch. f. kl. Med.*, XLVII, p. 307, 1891).

IV. — On the diagnostic value of venous humming murmurs in the neck, par Henry BEWLEY (*Brit. med. j.*, p. 798, 11 avril 1891).

I. — La propagation à longue distance des souffles appartient aussi bien aux souffles mitraux qu'aortiques. Rare chez l'adulte, c'est la règle chez l'enfant. Perret établit trois catégories :

Le premier groupe, le moins nombreux, comprend ceux qui rappellent le type observé communément chez l'adulte, souffles systoliques de la pointe s'étendant vers l'aisselle.

Le 2^e groupe comprend les souffles qui se perçoivent dans toute la région thoracique antérieure et qui retentissent en arrière du côté de la colonne vertébrale.

Dans le 3^e groupe rentrent ces bruits, qui se perçoivent à de très longues distances, dans le thorax, le dos, le membre supérieur, parfois même le membre inférieur, la tête.

Ces retentissements extrêmes s'expliquent chez l'enfant, par la structure de la cage thoracique, la minceur des parties molles, l'étroitesse du thorax et aussi par l'activité du cœur et de la circulation (filles de préférence).

A. C.

II. — Comme Matterstock (1878), l'auteur admet que l'on peut, chez l'homme sain, percevoir dans la carotide et la sous-clavière un doublement du premier bruit, ou pour mieux dire un double premier bruit. De ses deux parties la première était plus longue et plus forte, la seconde plus brève, puis venait une pause et enfin le bruit diastolique. Il croit pouvoir expliquer ce double premier bruit par la propagation du premier bruit parti de l'aorte ou du gros vaisseau voisin et venant se surajouter au premier bruit que l'on entend normalement dans le vaisseau ausculté.

C. LUZET.

III. — Un cardiaque de 29 ans entre en asystolie à l'hôpital de Dorpat. Le pouls est allorhythmique, deux pulsations se suivent et sont séparées par une pause des deux suivantes, de plus la seconde pulsation du groupe est plus forte que la première. Quatre jours après, on note 47 pulsations à la radiale et 94 pulsations cardiaques avec le rythme bigéminé, en sorte qu'à 4 pulsations cardiaques, répond une seule pulsation radiale et comme il excite un pouls veineux jugulaire, on voit qu'une pulsation radiale répond à 2 pulsations des jugulaires. Peu de jours après, le pouls s'accélère et di-

minue d'intensité. Un érysipèle accélère la terminaison fatale. Il s'agissait dans ce cas non pas d'une dissociation des contractions cardiaques ; mais d'un haut degré de cette allorhythmie cardiaque, qui engendre le pouls bigéminé et alternant. L'examen des tracés montre que le même type de contraction existait pour les deux cœurs et que toutes les fois que le ventricule gauche produisait une contraction faible ou fruste, le droit se contractait de la même manière.

C. LUZET.

IV. — De ses recherches, portant sur 200 sujets, Bewley conclut que les souffles doux veineux sont incomparablement plus communs chez les anémiques que chez les autres personnes ; cependant on les rencontre dans 50 0/0 des jeunes gens non anémiques. Leur présence n'a donc pas une grande valeur diagnostique et pronostique. L'intensité du souffle n'en a pas davantage. Les plus forts qu'ait entendus l'auteur se trouvaient chez des sujets plus sanguins qu'anémiques. H. R.

I. — Mort subite par rupture spontanée de l'aorte, par MARTIN-DURR (*Archives de médecine, février et mars 1891*).

II. — Rupture intra-péricardique de l'aorte, par FESTAL (*Journ. de méd. Bordeaux, 26 avril 1891*).

I. — Martin-Durr publie une nouvelle observation de rupture spontanée de l'aorte et rapporte les faits semblables actuellement connus.

L'analyse des cas publiés de rupture de l'aorte montre qu'il faut distinguer trois modes de rupture :

- 1° La rupture sans production d'anévrisme disséquant, qui est rare ;
- 2° La rupture avec production d'anévrisme disséquant, qui est assez fréquente ;
- 3° La rupture avec production d'un véritable sac anévrisimal, qui est très rare.

Le siège le plus fréquent de la rupture est la portion ascendante de l'aorte, le plus souvent immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes. Par suite, c'est dans le péricarde que le sang fait le plus souvent irruption. La cause anatomique la plus fréquente des ruptures de l'aorte est l'athérome.

La mort arrive suivant trois modes cliniques différents ; elle est subite, lente en un temps, lente en deux temps. Ce dernier mode est le plus fréquent.

RICHARDIÈRE.

II. — Jeune homme de 32 ans, ayant succombé subitement. A l'autopsie, on trouve le péricarde rempli de sérosité, dont l'évacuation montre le cœur recouvert par un énorme caillot rougeâtre, luisant, homogène ; celui-ci enlevé, le cœur est aplati. Sur la crosse de l'aorte, en avant, dans la portion intra-péricardique, existe une perforation du diamètre d'un petit bouton de chemise. Le muscle cardiaque est exsangue et ses cavités vides ; pas de lésions valvulaires ; nombreuses plaques athéromateuses, ayant subi la dégénérescence graisseuse sur l'aorte intra-thoracique ; c'est à la rupture d'une semblable plaque que l'on doit rapporter l'hémorragie intra-péricardique. OZENNE.

Diagnostic value of the physical sign tracheal tugging in thoracic aneurysm, par MAC DONNELL (*Lancet, 7 et 14 mars 1891*).

Donnell indique un signe nouveau qui rendrait de grands services dans le diagnostic difficile des anévrismes thoraciques. Le malade étant debout, la bouche fermée, le menton étendu, on saisit entre l'index et le

pouce son cartilage cricoïde. En cherchant à abaisser ce cartilage, on sent nettement, dans le cas d'anévrisme, le battement transmis à la main par la trachée. Ce signe est souvent précoce, il existe alors que beaucoup d'autres manquent; il ne se rencontrerait jamais, ni à l'état normal ni dans aucune affection, autre que les anévrismes.

Les anévrismes qui le produisent occupent la partie transversale de l'aorte et sont surtout en contact avec la bronche gauche. Dans dix-sept cas où ce signe avait été noté, l'autopsie faite huit fois vérifia et ce signe et l'exactitude du diagnostic. Dans les dix-sept cas, ce signe put être constaté dès le premier examen du malade, preuve évidente de sa précocité.

A.-F. PLICQUE.

- I. — On certain conditions that modify the virulence of the bacillus of tubercle, par Arthur RANSOME (*Brit. med. j.*, p. 796, 11 avril 1891).
- II. — Ueber den Einfluss... (Influence de la dilution du virus et de la prédisposition artificielle sur l'action du poison tuberculeux inhalé), par PREYSS (*München. med. Woch.*, p. 418 et 440, 16 et 23 juin 1891).
- III. — La prédisposition à l'infection tuberculeuse, par BIRCH-HIRSCHFELD (*Wien. med. Blätter*, n° 17, 1891).
- IV. — Héritéité tuberculeuse; héritéité de graine et d'état diathésique, par LANDOUZY (*Revue de médecine*, 10 mai 1891).
- V. — Ueber die Uebertragung... (Transmission de la tuberculose de la mère au fœtus, par CSOKOR (*Soc. des médecins de Vienne*, 23 janvier 1891).
- VI. — Uebergang von Tuberkelbacillen... (Passage des bacilles tuberculeux du sang maternel au fœtus) par SCHMORL et BIRCH-HIRSCHFELD (*Ziegler's Beiträge zur Path. Anat.*, IX, 3, p. 428, 1891).
- VII. — Zur Frage der Verbreitung der Tuberkelbacillen... (Propagation des bacilles tuberculeux), par SCHNIRER (*Wiener mediz. Presse*, n° 1, p. 3, 1891).
- VIII. — Recherches cliniques sur la période d'incubation de la tuberculose (période prégranulique), par P. CUFFER (*Revue de médecine*, 10 juin 1891).
- IX. — Einige Bemerkungen... (Rapports entre la diathèse arthritique et la tuberculose pulmonaire), par SOKOLOWSKI (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, XLVIII, p. 558, 1891).
- X. — Klinische Beitræge... (Contribution clinique à l'étude de la tuberculose miliaire aiguë et de la méningite tuberculeuse), par REINHOLD (*Ibidem*, XLVII, p. 423, 1891).

I. — Ransome a cherché à vérifier l'assertion de Candler et de Koch, à savoir que la sécheresse, la lumière et le grand air atténuent la virulence du bacille tuberculeux. Il a pris des crachats de tuberculeux et les a exposés comparativement, pendant cinq semaines, dans des conditions opposées : une partie a été mise au grand air à Bowdon, localité sèche, ventilée et ensoleillée ; l'autre partie a été tenue à l'abri de l'air dans une maison humide de Manchester. Au bout de ce temps, les deux séries de crachats ont été inoculées à des lapins dans le service de Dreschfeld.

Aucun des 4 lapins inoculés avec les crachats exposés préalablement à l'air et au soleil ne fut infecté; il y eut au contraire un résultat positif avec les crachats tenus au sec, mais à l'obscurité. Même résultat pour un

lapin inoculé avec des crachats exposés à la lumière, mais dans un endroit humide, ainsi que pour un autre inoculé avec des crachats tenus dans l'obscurité et dans un endroit humide.

Les crachats soumis à l'action de l'oxygène ozonisé se montrèrent réfractaires à l'inoculation.

H. R.

II. — D'après les travaux de Tappeiner, Bertheau, Weichselbaum, Veraguth, l'infection que l'on obtient par l'inhalation de crachats ou de bacilles tuberculeux est indépendante de la dose. Preyss recherche la quantité minima de crachats ou de bacilles qui est capable de produire une tuberculose d'inhalation et quelle est l'action de certaines causes prédisposantes sur le développement et la marche de l'infection. Après avoir compté les bacilles, il dilue les crachats à 1/10,000 et même à 1/100,000. Il soumet aussi quelques animaux soit au jeûne, soit à l'influence débilitante d'une glycosurie provoquée par la phloridzine. Il suffit d'un millième de milligramme de crachat, contenant environ 40 bacilles, pour rendre le cobaye tuberculeux; si on triple ou quadruple la dose la tuberculose est presque immanquable. Les organes les plus atteints et vraisemblablement les premiers malades sont les ganglions trachéo-bronchiques, puis le poumon, la rate, le foie, les autres ganglions et enfin les reins. L'intensité et l'étendue de l'infection sont proportionnelles à la quantité de virus inhalé. Une débilitation de l'animal existant lors de l'infection favorise l'extension de la tuberculose surtout aux ganglions bronchiques et aux poumons.

C. LUZET.

III — L'inoculation du bacille tuberculeux est la cause dominante de l'infection, mais il y a des prédispositions générales et locales. Générales, en ce sens que certains organismes offrent moins de résistance que d'autres à l'envahissement parasitaire, par hérédité ou par occasion (diabète); locales, en ce sens que certains organes peuvent être affaiblis et rendus vulnérables par une circonstance quelconque, héréditaire ou acquise.

Birch-Hirschfeld rapporte le cas d'un fœtus enlevé de l'utérus d'une femme phtisique quelques instants avant sa mort, avec un placenta intact. Des fragments du foie, de la rate et des reins du fœtus, inoculés à des cobayes, y développèrent de la tuberculose bien qu'on n'y eût pas trouvé de bacilles; en revanche, les villosités placentaires en étaient infiltrées. Il est possible qu'il y ait souvent une infection congénitale qui n'est autre chose que de la tuberculose latente, et qui passe pour une prédisposition héréditaire, alors que l'imprégnation est déjà faite. La tuberculose peut rester somnolente jusqu'au jour où une maladie aiguë intercurrente le fait éclater.

H. R.

IV. — Landouzy revient dans ce mémoire sur une opinion qu'il soutient depuis plusieurs années déjà, à savoir la possibilité de la transmission directe de la tuberculose des générateurs au fœtus. Il pense que la contagion *ante partum* entre pour une bonne part dans la tuberculose du premier âge. Si c'est la mère qui est atteinte de tuberculose, la contagion se fait à travers le filtre placentaire, comme on l'admet aujourd'hui pour le charbon. Si au contraire c'est le père, il est probable que le spermatozoïde fécondant imprégné de virus tuberculeux est l'instrument du contagion. On sait d'ailleurs que Jani a constaté dans le sperme de malades atteints de tuberculose pulmonaire mais non testiculaire des ba-

cilles tuberculeux en assez grande quantité. Landouzy, en collaboration avec H. Martin, a montré que les organes de nouveau-nés ou de fœtus, alors même qu'ils ne contiennent pas de lésions tuberculeuses appréciables à l'œil nu, sont susceptibles de déterminer la tuberculose chez les animaux auxquels on inocule des fragments de ces organes; mais il n'avait pas recherché si les viscères de ces fœtus contenaient des bacilles tuberculeux. Cette démonstration vient d'être faite par Schmorl et Birch-Hirschfeld.

Landouzy donne ensuite plusieurs observations familiales dans lesquelles on assiste à l'évolution de la tuberculose chez les jeunes enfants en même temps que les diverses formes cliniques qu'elle peut revêtir. Il insiste particulièrement sur la fréquence des avortements dans les cas où l'un des parents est tuberculeux, et sur l'état chétif des enfants engendrés dans ces conditions, mais qui cependant arrivent à terme. Ce sont des dégénérés incapables eux-mêmes d'avoir des descendants sains et vigoureux.

C. GIRAudeau.

V. — En faisant l'autopsie d'une vache pleine, atteinte de tuberculose aiguë des séreuses, Csokora a trouvé un fœtus parfaitement développé qui portait dans le ligament hépato-duodénal six ganglions lymphatiques tuméfiés, caséifiés partiellement et partiellement calcifiés. A la périphérie, ces ganglions offraient de nombreux tubercules avec cellules géantes, cellules épithélioïdes et bacilles.

Donc la tuberculose se transmet de la mère au fœtus et celui-ci peut présenter non seulement des tubercules en plein développement, mais mêmes des tubercules en voie de régression (caséification et calcification). C'est par la veine ombilicale que l'infection se propage.

L. GALLIARD.

VI. — Une femme de 23 ans meurt de tuberculose miliaire. L'opération césarienne permet de retirer un fœtus de 7 mois mort. L'autopsie démontre qu'il s'agit pour la mère d'une tuberculose des capsules surrénales, ayant infecté consécutivement les ganglions rétro-péritonéaux et la citerne de Pecquet. Dans le placenta, quelques hémorragies interstitielles. On rencontre quelques bacilles tuberculeux dans les espaces intervillosaux du placenta et dans les vaisseaux du chorion. Le poumon et le foie du fœtus ne contiennent pas de tubercules, mais dans les vaisseaux du foie on peut constater la présence de bacilles tuberculeux. Des portions d'organes fœtaux inoculées au cobaye y déterminèrent de la tuberculose.

On le voit, il ne s'agit pas ici de transmission de la tuberculose de la mère au fœtus, puisque dans les organes de celui-ci il n'y avait pas de tubercules, mais du passage du bacille tuberculeux de la mère au fœtus. Malheureusement il n'a pas été fait d'examen bactériologique du sang de la mère.

C. LUZET.

VII. — L'auteur s'étant fait apporter des raisins dans son laboratoire et les ayant vus couverts de poussière, les lava, puis injecta à trois lapins, dans la cavité abdominale, 10 centimètres cubes de l'eau utilisée à cet effet. Un des lapins mourut de péritonite. Les deux autres succombèrent au bout de quarante-cinq et cinquante-huit jours. L'autopsie montra chez eux une tuberculose dont le point de départ était la piqure, et qui s'était propagée au péritoine, à la rate, au foie, aux poumons; on trouvait des bacilles dans les nodules partiellement caséux.

Donc les poussières contenaient des bacilles tuberculeux. Comme

elles ne pouvaient provenir que de la rue, l'auteur pense qu'il serait utile de répéter à Vienne les expériences que Cornet a faites, sans résultat positif, à Berlin sur les poussières des rues ; il faudrait pratiquer ces expériences en été et prendre directement les poussières sur le sol.

L. GALLIARD.

VIII. — Après avoir rappelé le lien commun pathogénique qui unit toutes les maladies infectieuses et les difficultés que l'on éprouve bien souvent à préciser la durée de la période d'incubation, Cuffer s'attache à montrer que cette prétendue période sans symptômes a au contraire un certain nombre de signes qui permettent de la reconnaître. Au rang des premiers se place la *fièvre*. C'est surtout dans la tuberculose, alors qu'il n'existe encore aucun symptôme d'auscultation, qu'on a l'occasion de l'observer ; quotidienne, vespérale de préférence, elle donne bien souvent le change et conduit à se demander si l'on n'a pas affaire à une fièvre typhoïde. Elle est due aux produits toxiques sécrétés par les bacilles tuberculeux et versés dans le sang ; son intensité et sa durée sont très variables suivant les sujets, suivant l'état neurasthénique dans lequel ils se trouvent.

À côté de la fièvre se place l'*anémie*, qui, dans certains cas, peut attirer en premier lieu l'attention et faire penser à la chlorose. Elle s'en distingue cependant par l'absence de souffle dans les jugulaires. L'examen du sang dans ces conditions permet de constater une diminution considérable dans le nombre des globules rouges, en même temps que l'abaissement de la quantité de l'hémoglobine dans les globules survivants, enfin une leucocytose bien mise en relief par Malassez. Cette anémie serait due à ce que les bacilles tuberculeux, microbes aérobies, avides d'oxygène absorbent celui des globules rouges. Quant à la leucocytose, elle s'explique par le fait de la lutte qui va s'établir prochainement entre les bacilles et les globules blancs (phagocytose).

Comme troisième symptôme de cette période prégranulique, Cuffer signale la *splénomégalie*, tenant vraisemblablement à la présence des bacilles tuberculeux dans cet organe, bien que l'examen microscopique soit fort souvent négatif ; mais on sait qu'en revanche les inoculations sont fréquemment positives.

Cette période d'incubation peut être utilement combattue par le régime alimentaire, l'abstention de médicaments multiples et la prescription de la médication astringente, acide tannique et acide gallique. Au sujet du mode d'action de ces médicaments, l'auteur émet l'hypothèse suivante : les astringents, étant très avides d'oxygène, s'emparent de celui des globules rouges, et le bacille tuberculeux, privé de son élément nourricier, dépérit et finit par disparaître.

C. GIRAudeau.

IX. — La théorie anatomique de Beneke ne suffit pas à expliquer la rapidité variable de l'infection tuberculeuse. L'état de la nutrition générale ne peut-il en donner la clef ? Pidoux a montré les caractères de la phtisie chez les arthritiques, où son évolution est particulièrement lente. Sokolowski a remarqué que chez les arthritiques, graveleux, la phtisie a une évolution extraordinairement lente, ordinairement sans fièvre hectique ; qu'elle s'accompagne d'hémoptysies, que les troubles subjectifs du côté de la respiration sont peu accusés ou nuls et que les signes stéthoscopiques sont analogues à ceux que l'on note dans la phtisie fibreuse.

D'autre part, chez des tuberculeux atteints d'une forme lente, on peut voir survenir des phénomènes d'arthritisme : la phtisie guérit ou s'indure, les malades engraisent, ils éliminent abondamment de l'acide urique, deviennent dyspeptiques, etc. D'autres fois le processus s'arrête, mais les malades restent sujets aux bronchites, et on voit survenir d'autres phénomènes d'arthritisme. Comment expliquer cette diathèse urique artificielle ? Sokolowski croit pouvoir incriminer la suralimentation, l'absence d'exercices, et surtout la diète lactée, et enfin peut-être les troubles de la circulation porte, dus aux phénomènes abdominaux si fréquents dans la phtisie, qui, retentissant sur le foie, détermineraient par son intermédiaire la formation exagérée d'acide urique. C. LUZET.

X. — Dans la forme typhoïde de la tuberculose miliaire aiguë, les irrégularités de la courbe technique, sans modification parallèle des autres symptômes, sont dans les cas douteux contre la fièvre typhoïde et pour la tuberculose. L'accélération considérable de la respiration précède ordinairement celle du pouls. L'absence de tumeur splénique notable est également un signe de tuberculose miliaire; il en est de même de la constatation de petits râles crépitants et sous-crépitaux çà et là sans matité ni souffle.

Dans la forme broncho-pulmonaire, il ne faut pas compter sur les bacilles pour faire le diagnostic. Mieux vaut chercher le point de départ; une tuberculose locale, les signes de tuberculose du sommet, d'adénopathie trachéo-bronchique, d'un foyer caséux des reins avec urine purulente, seront en faveur de la tuberculose aiguë. Les tubercules de la choroïde ne se manifestent que tardivement. L'auteur cite encore un cas où le diagnostic du être posé avec la septicémie. C. LUZET.

I. — Note sur les vaccinations antituberculeuses, par GRANCHER et H. MARTIN, (*Congrès de la tuberculose, Gaz. des hôpitaux, 30 juillet 1891*).

II. — Étude expérimentale de la tuberculose de Koch, par ARLOING (*Ibid., 30 juillet 1891*).

III. — Action de certaines substances chimiques produites par le bacille de la tuberculose, par BABÈS (*Ibid., 4 août 1891*).

IV. — Des associations bactériennes et morbides de la tuberculose, par BABÈS, HALLOPEAU, etc. (*Ibid., 1^{er} août 1891*).

V. — Identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose des bovidés, des gallinacés et des autres animaux, par CHAUVEAU, KRAUS, etc. (*Ibid., 30 juillet 1891*).

VI. — Sur l'hérédité de la tuberculose, par VIGNAL, HUTINEL, etc. (*Ibid., 1^{er} août 1891*).

VII. — Contagiosité de la tuberculose par les aliments des phtisiques, par SCHOULL (*Ibid., 4 août 1891*).

VIII. — De la fièvre bacillaire pré-tuberculeuse à forme typhoïde, par LANDOUZY (*Ibid., 6 août 1891*).

IX. — Prophylaxie de la tuberculose humaine et animale, par ARLOING, NOCARD, etc. (*Ibid., 6 août 1891*).

I. — Cette note, consacrée à la description détaillée des expériences

que les auteurs ont entreprises sur 82 lapins depuis 1889, se termine par les conclusions suivantes :

Il a été impossible de conférer aux lapins une immunité complète par une méthode inoffensive et sûre ; mais des expériences précises ont démontré l'action vaccinale du virus tuberculeux contre le virus tuberculeux lui-même.

Le virus tuberculeux, atténué, employé comme vaccin, contient vraisemblablement une substance vaccinale et une substance toxique ; celle-ci serait la cause des néphrites et paraplégies si fréquentes chez les animaux ; celle-là produirait, par un mécanisme inconnu, une immunité plus ou moins prolongée, plus ou moins parfaite. Quelques-unes de ces circonstances sont une preuve nouvelle de l'action vaccinale des cultures ; en effet, la formule de vaccination a été variée pour chaque série et les résultats ont été différents ; il n'y a donc pas de doute sur l'efficacité, quoique limitée, de la méthode. En outre, il est prouvé que la vaccination par voie sanguine n'est pas inoffensive.

II. — Dans les expériences qu'Arloing a pratiquées avec la tuberculine de Koch, il s'est proposé d'examiner la valeur diagnostique, la valeur curative et la valeur préventive attribuées à cette substance.

En tant que diagnostic la tuberculine n'a aucune valeur au point de vue de la tuberculose.

Au point de vue curatif, elle n'arrête pas la marche de la tuberculose expérimentale, fréquemment même elle la hâte et précipite le dénouement.

Enfin, au point de vue préventif, chez les animaux préalablement inoculés avec la tuberculine, la tuberculose expérimentale évolue de la même façon, quelquefois plus rapidement.

III. — Pour Babès l'action du bacille de la tuberculose est due surtout à la production de substances toxiques ; il a cherché à les isoler et à tirer des cultures de la tuberculose des substances analogues à celles qu'on peut obtenir par la culture d'autres microbes. Son procédé d'étude, antérieur et semblable à celui de Koch, lui a permis de constater qu'il existe une grande analogie entre la tuberculine aviaire et la tuberculine d'origine humaine ; toutefois il serait prématuré d'identifier les deux microbes, malgré les propriétés communes que présentent ces deux espèces, car leurs cultures possèdent des caractères tout à fait distincts.

Au point de vue de l'action thermogène, il a étudié les cultures de ce microbe et la tuberculine de Koch, soit expérimentalement, soit cliniquement. Les résultats sont variables suivant les animaux, et pour l'homme tuberculeux, inoculé avec la tuberculine de Koch, il a remarqué que la réaction fébrile n'est pas entièrement liée à l'action locale et à l'action sur le système nerveux, produites par la tuberculine. OZENNE.

IV. — Babès rappelle que, sur les cadavres, on ne trouve de microbes dans les viscères que si les malades ont succombé à des maladies infectieuses ; ces microbes sont des streptococcus ou des saprogènes. Dans la tuberculose pulmonaire on rencontre, dans les bronches, le proteus, l'aureus, un streptococcus et des saprogènes ; souvent, dans les cavernes, des pyogènes spéciaux et presque toujours un microbe lancéolé et le streptococcus pyogène. Dans les arthrites ce dernier est associé à

l'aureus; dans certaines lésions tuberculeuses de la peau, mêmes organismes que dans le poumon et en plus des bacilles pseudo-diphthériques; enfin la tuberculose génito-urinaire, les métrites et les salpingites contiennent des saprogènes et de l'aureus.

Des cultures de ces divers microbes, le saprogène en particulier, ont montré à l'auteur que l'inoculation de ces organismes créait un terrain favorable au développement de la tuberculose ou à sa généralisation.

Hallopeau a institué des recherches dans le but de déterminer à quel agent étaient dues les suppurations tuberculeuses, et il affirme que l'intervention des microbes pyogènes ne doit pas être invoquée, particulièrement pour les abcès froids, les adénites suppurées, les empyèmes et le lupus. Ce sont les bacilles qui provoquent ces suppurations, par l'intermédiaire des substances chimiques qu'ils engendrent; ce qui milite en faveur de cette opinion, c'est que ces suppurations ont été notées après injection de la lymphe de Koch, quoiqu'elle eût été stérilisée.

Leloir communique l'observation d'une femme atteinte de lésions syphilitiques et tuberculeuses à forme lupique. Un des tubercules offrait des caractères lupoïdes associés à ceux du tissu de granulation; l'inoculation donna des résultats positifs. Quelques mois plus tard, après un traitement spécifique, on constata encore les caractères du syphilome, mais la partie granuleuse avait le caractère du tissu cicatriciel; une nouvelle inoculation resta douteuse.

Ollivier rapporte un certain nombre de faits prouvant que le contagion de la tuberculose séjourne dans les chambres qui ont été occupées par des phthisiques, d'où la nécessité de bien désinfecter ces logements.

Cornil, tout en admettant que le microbe de la tuberculose peut provoquer par lui-même des suppurations, a souvent rencontré des microbes étrangers dans les abcès froids. Il confirme cette assertion, émise par *Arloing*, que la production de la suppuration du microbe de la tuberculose est en rapport avec son atténuation; mais, dans l'évolution suppurative postérieure à l'action des produits tuberculeux, il est également important de tenir compte des individus et des espèces.

V. — Trois séries d'expériences ont été instituées par *Chauveau* pour établir l'identité de la tuberculose chez l'homme et chez les bovidés. La première série comprend les animaux de l'espèce bovine, chez lesquels on a introduit de la matière tuberculeuse humaine par l'estomac. L'expérience a été faite sur trois jeunes bœufs, dont l'autopsie, faite après une période d'amaigrissement, a révélé l'existence de lésions tuberculeuses soit dans l'appareil digestif, soit dans l'appareil respiratoire, soit dans les deux à la fois.

Une seule expérience constitue la deuxième série. Elle a porté sur un veau de trois mois, auquel on a introduit, dans la veine jugulaire, une préparation de tissu pulmonaire, provenant d'un enfant mort de tuberculose miliaire aiguë. Sur l'animal sacrifié au bout de 29 jours, on a trouvé des lésions tuberculeuses avancées, surtout ganglionnaires.

Quant à la troisième série, elle comprend les faits dans lesquels on a injecté sous la peau d'animaux de l'espèce bovine des matières tuberculeuses humaines provenant de tumeurs blanches et de pneumonies caséeuses; au point de l'injection est apparue une tumeur tuberculeuse,

toujours accompagnée de l'infection du ganglion voisin; il n'y a pas eu de généralisation.

De ces faits Chauveau conclut à l'identité de la tuberculose bovine avec la tuberculose humaine.

Strauss et *Gamaleia* ont étudié les caractères distinctifs du bacille de la tuberculose des mammifères et les différences profondes qui le séparent du bacille de la tuberculose aviaire. L'aspect des cultures sur milieux solides permet presque toujours de distinguer les cultures du bacille humain de celle du bacille aviaire; la première est sèche, écaillée ou verruqueuse, terne et dure, la seconde est humide, grasse et molle. De notables différences existent également dans les effets pathogènes des deux bacilles. En outre, d'un certain nombre de recherches, il résulte que, quel que soit le milieu de culture employé, ces bacilles conservent invariablement leurs particularités propres et leurs effets pathogènes spéciaux et qu'il est impossible d'obtenir la transformation de l'un dans l'autre, faits qui autorisent à regarder ces deux bacilles comme étant des espèces différentes.

Roger a eu également recours à l'expérimentation pour déterminer le rapport qui existe entre la tuberculose des mammifères et celle des oiseaux. Dans un premier groupe d'expériences, il a constaté que le virus aviaire se transmet facilement aux poules et que, inoculé au lapin, il se comporte comme le bacille humain; chez le cobaye, les résultats sont plus variables.

Un deuxième groupe d'expériences concerne des injections aux poules de matières tuberculeuses provenant de mammifères. Sur 40 poules inoculées, les résultats n'ont été positifs que sur 5 d'entre elles pour lesquelles on avait utilisé le bacille humain.

Malgré les différences que présentent la tuberculose des mammifères et celle des gallinacés, on sait que les traits généraux des deux bacilles restent identiques; il est donc probable que les deux agents pathogènes dérivent d'une souche unique.

Bairy cite à l'appui de l'identité de ces deux tuberculoses l'observation d'un coq, qui se nourrissant de déchets d'animaux tuberculeux, présentait une tuberculose pulmonaire et hépatique.

Courmont et *Dor* sont également d'avis, d'après leurs expériences, que ces tuberculoses ne constituent pas deux espèces différentes, mais plutôt deux races d'une même espèce.

Nocard a expérimenté avec des produits tuberculeux provenant du cheval, du porc et de quelques autres mammifères (les bovidés exceptés) et il a toujours noté que les inoculations, pratiquées avec le produit de ces cultures, ont donné les mêmes résultats qu'en inoculant la tuberculose d'origine humaine.

VI. — *Vignal*, pour résoudre la question de l'hérédité de la tuberculose, s'est adressé à l'expérimentation. A un premier groupe de cobayes il a inoculé des fragments d'organes de fœtus ou de nouveau-nés issus de mères manifestement tuberculeuses; à un second groupe l'inoculation a été pratiquée avec des fragments de placenta, et à un troisième groupe avec des crachats expectorés par les mères ou avec des fragments d'organes de ces dernières. Dans ce dernier cas il y a eu résultat positif, mais dans les deux premiers, toujours résultat négatif. Quelques ex-

périences pour déterminer, chez les animaux, la transmission directe de la tuberculose de la mère au fœtus, ont été également suivies. L'hérédité de la tuberculose, loin d'être fatale, serait donc au contraire extrêmement rare.

Hutinel communique un travail, qui n'est que la confirmation clinique des expériences de *Vignal*. Il admet la tuberculose congénitale, développée par la voie placentaire plutôt que datant de la conception, mais il ne la croit pas fréquente. Rare durant la première année, puisque, sur 220 autopsies d'enfants de quelques mois, il n'a trouvé que 8 cas de lésions tuberculeuses, dont quelques-uns même n'étaient peut-être pas congénitaux, l'affection devient plus fréquente à partir de la première année, ce qui ne cadre pas avec l'idée de tuberculose congénitale. Relativement à l'hérédité, il la considère, d'après une statistique de l'Assistance portant sur 18,000 enfants, dont 16 seulement étaient tuberculeux, comme rare et il estime que les mauvaises dispositions transmises par les parents se transforment par les conditions d'hygiène.

Jacobi cite le fait suivant comme exemple de tuberculose congénitale héréditaire : Un fœtus né au septième mois, d'une phtisique avancée, qui mourait trois semaines après son accouchement, présentait à la surface du foie, sur le péritoine hépatique, dans la rate, dans la plèvre pulmonaire droite, un grand nombre de granulations, dont le microscope révéla la nature tuberculeuse.

Bernheim conclut, d'expériences qu'il a faites à ce sujet sur des lapins tuberculeux, que : L'hérédité du germe n'existe pas dans la tuberculose, que la prédisposition du terrain n'est pas spéciale au tuberculeux et que les tuberculoses sont produites par contagion.

Solles croit à l'existence des spores tuberculeux et il pense que ce sont ces spores, qui se transmettent des parents au fœtus, chez lesquels ils peuvent sommeiller plus ou moins longtemps, sans produire de lésions.

VII. — Pour prouver la contagion par les aliments des phtisiques, *Schoull* a nourri deux jeunes chats avec des restes d'aliments de tuberculeux. L'un de ces chats est mort de consomption, et dans l'intestin et dans la rate on a noté des lésions tuberculeuses. Le deuxième chat commence à maigrir. Ces faits s'expliquent par la présence des bacilles dans la salive des tuberculeux, ainsi que le microscope l'a mis en lumière ; il se produit une imprégnation des aliments, qui deviennent le véhicule du contag. Il est utile de faire connaître ce mode de contagion dont la fréquence dans les familles pauvres est assez grande.

VIII. — *Landouzy* a observé cette forme particulière de la tuberculose sur 18 malades. Le tableau symptomatique est exactement celui de la dothiéntérie moins la présence des taches rosées lenticulaires. Cette maladie infectieuse, qui se déclare chez des sujets en puissance de bacilles, est suivie, tantôt de guérison, jusqu'à ce qu'éclatent d'autres manifestations tuberculeuses, tantôt de mort ; et à l'autopsie on trouve des granulations tuberculeuses jeunes.

IX. — *Arloing* réfute tout d'abord les objections que l'on a élevées contre la prohibition des viandes d'animaux tuberculeux. Aussi il rappelle que l'identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose bovine n'est plus à démontrer ; que la voie digestive, tout en étant moins apte que

la voie péritonéale aux inoculations, est cependant encore assez favorable à la tuberculisation, et qu'enfin la cuisson ne fait que diminuer les chances de tuberculisation, lorsqu'elle n'aboutit pas à la coagulation de l'albumine du sucre dans toutes les parties du muscle.

Ne faisant que signaler, en passant, le tort minime que ferait, à la classe pauvre en particulier, la prohibition des viandes infectées, Arloing se déclare cependant opposé à la destruction de ces viandes. Il estime qu'on peut les stériliser par la cuisson et les transformer en conserves et en extraits de viande ou par la salaison, de façon à les rendre bonnes pour la consommation, ce qui en même temps diminuerait de moitié le chiffre des indemnités, qui n'atteindraient que la somme de 1,439,178 fr., dont on pourrait se couvrir par un impôt. Le Congrès doit donc demander de nouveau qu'on organise un service d'inspection des viandes sur toute l'étendue du territoire français, qu'on pratique la saisie totale des viandes tuberculeuses, qu'on rende les viandes saisies propres à la consommation et qu'on indemnise les producteurs de la perte entraînée par les règlements.

Nocard croit que la quantité de viande qu'il serait nécessaire de détruire dépasserait beaucoup les évaluations indiquées par Arloing et basées sur les statistiques fournies par les abattoirs, pour cette raison que les déclarations des animaux suspects augmenteraient de nombre. Aussi en résultera-t-il que le montant prévu des indemnités deviendra insuffisant. On peut alors craindre que les pouvoirs publics s'effrayent des conséquences nécessaires à prendre après une enquête.

Trasbot est d'avis que, pour avoir une inspection sévère, il faut remplacer tous les abattoirs particuliers par des abattoirs publics, ce qui aurait cet autre avantage de rendre moindres les frais d'abatage.

Butel, en attendant que l'on arrive à la réalisation complète de ces mesures prophylactiques, insiste pour que le service d'inspection dans les abattoirs publics ne reste pas lettre morte comme cela a lieu dans certain nombre de villes.

Dégive se prononce dans le même sens qu'Arloing. Saisie totale des animaux tuberculeux, indemnisation des propriétaires, etc., et il préconise un moyen très pratique, employé en Belgique, l'assurance couverte par le montant des taxes payées par le propriétaire.

Robcis a recherché s'il existait dans l'espèce bovine une corrélation entre l'aptitude à la lactation et l'aptitude à la tuberculose. Or, sur 7,000 têtes de bétail examinées en 1889 et 1890, il a trouvé 8 cas de tuberculose la première année, et 17 cas la seconde, les uns et les autres faisant partie des espèces qui fournissaient le plus de lait.

Espina y Capo communique à ce sujet un mémoire qui se termine par ces conclusions : La prophylaxie de la tuberculose humaine et animale doit être générale et individuelle. Elle doit s'exercer aussi bien sur les personnes que sur les animaux.

Elle doit également s'exercer sur les boissons alimentaires, spécialement sur le lait et le sang provenant des animaux tuberculeux.

La prophylaxie générale doit être à la charge de l'Etat. La prophylaxie individuelle devra être conseillée par les médecins et être obligatoire quant aux animaux.

Quant à la prophylaxie générale pour les personnes, elle est, de la

part de l'auteur, le sujet de longs développements touchant à l'hérédité, à la contagion, etc...

Verneuil, se plaçant au point de vue de la grossesse, insiste sur les conséquences qu'elle détermine chez les femmes atteintes d'une tuberculose quelconque ou l'ayant été antérieurement. Aussi regarde-t-il comme nécessaire, de faire prendre des précautions analogues à celles que commandent les manifestations syphilitiques.

Tison résume un certain nombre d'observations, qui tendent à prouver que l'abus des boissons alcooliques crée une prédisposition à l'éclosion de la tuberculose. En général, cette tuberculose, d'origine éthylique, qui serait très fréquente, débute par le sommet du poumon droit et quelquefois du poumon gauche.

Arthaud lit un travail sur la fréquence excessive de la tuberculisation par les locaux contaminés. Suivant des statistiques recueillies par cet auteur, ce mode de transmission de la tuberculose atteindrait le chiffre de 80 0/0. En s'appuyant, d'autre part, sur de nombreux faits il montre le danger de contagion provenant des agglomérations dans les ateliers ou les bureaux, et le danger d'aller séjourner plus d'un mois dans les stations balnéaires fréquentées par les tuberculeux.

Landouzy communique, de la part de Bouland, une étude sur la tuberculose des porcelainiers; les poussières de kaolin provoquent dans les poumons des lésions irritatives, qui ouvrent la porte au bacille; toutefois il est à remarquer que, chez ces ouvriers, l'affection marche très lentement, pour cette raison qu'autour des poussières de kaolin, l'irritation se transforme en un processus sclérogène, qui limite l'étendue des foyers bacillaires.

Cagny expose les expériences qu'on a instituées dans le grand-duché de Bade, sur l'action de la tuberculine de Koch chez les bovidés, et qui ont donné le résultat suivant, à savoir que la réaction ne fait jamais défaut chez les animaux tuberculeux. L'auteur ajoute que, d'après des études personnelles, il a constaté l'analogie de la lymphe de Koch et de la lymphe française, lymphe de Gautrelet.

OSZENNE.

De l'asthme ganglionnaire, par **JOAL** (*Archives gén. de médecine*, avril 1891).

L'asthme est fréquemment en rapport avec l'adénopathie trachéo-bronchique.

Il se produit dans les formes inflammatoires simples plutôt que dans les lésions graves, dans les dégénérescences tuberculeuses ou cancéreuses. Ces formes inflammatoires sont consécutives dans l'immense majorité des cas à des inflammations aiguës ou chroniques des bronches (bronchites aiguës ou chroniques, rougeoles, coqueluches, etc.). Les accès dyspnéiques, dus à cette cause immédiate, sont favorisés dans leur production par la faiblesse innée ou acquise des sujets, par l'instabilité nerveuse.

Les causes déterminantes des crises dyspnéiques résident dans les émotions vives, les mouvements exagérés, les refroidissements, etc.

L'asthme suit la même marche que l'adénopathie. L'adénite disparaissant, les crises cessent.

La révulsion interscapulaire constitue le meilleur traitement de l'asthme ganglionnaire.

RICHARDIÈRE.

On relation of asthma to other diseases, par Samuel WEST (*Brit. med. j.*, p. 1122, novembre 1890).

Discussion intéressante, de laquelle il résulte que l'asthme vrai a peu de connexions avec les maladies du poumon et du cœur, non plus qu'avec les lésions de l'estomac. Les affections du nez jouent sur la production de l'asthme un rôle beaucoup plus direct, mais pas aussi profondément qu'on ne l'a dit. C'est avant tout une névrose alternant avec d'autres névroses, et fréquemment avec certaines dermatoses, le psoriasis par exemple.

Thorowgood signale des cas d'asthme où le réflexe convulsivant paraissait provenir de l'estomac, et où un traitement de pilules de nitrate d'argent a fait disparaître les accès.

Havilland Hall a vu l'asthme succéder à des irritations utérines : dans la grande majorité des cas, il croit à l'origine nasale.

Semon, au contraire, regarde la plupart des accès d'asthme comme ne relevant pas d'un point de départ nasal.

H. R.

I. — La thrombose veineuse dans l'infection pneumonique, par MYA (*Rivista generale italiana di clinica medica*, n° 10, p. 230, 31 mai 1891).

II. — Contribution à l'étude des abcès du poumon consécutifs à la pneumonie fibrineuse, par PATELLA (*Ibid.*, n° 6-7, p. 135, 1891).

I. — Mya rappelle la rareté des observations de phlegmatia alba dolens survenue au cours de la pneumonie. Il a pu observer deux cas de ce genre et, dans l'un de ces cas, l'examen bactériologique du caillot a été fait. Chez l'un des malades, vieillard de 67 ans, alcoolique, se produisit, au deuxième jour de la pneumonie, un œdème limité au membre inférieur droit ; la veine fémorale formait un cordon dur que l'on pouvait suivre depuis l'arcade crurale jusqu'à l'angle inférieur du triangle de Scarpa.

A l'autopsie, on trouva dans la veine fémorale, au-dessous de l'arcade crurale, un gros thrombus gris rougeâtre, d'aspect puriforme, fortement adhérent à la paroi ; il était constitué par de nombreux globules rouges et leucocytes, et par de la fibrine ; l'examen bactériologique montra qu'il renfermait des diplocoques encapsulés, résistants à la coloration avec la solution de Gram ; une injection faite sous la peau d'un lapin, avec une émulsion de ce thrombus, détermina la mort par septicémie ; les cultures sur agar-agar du sang de cet animal donnèrent lieu au développement de colonies de diplocoques.

Le second malade, atteint d'une pneumonie grave, présenta également une phlegmatia alba dolens du côté gauche, survenue au cours de la pneumonie.

D'après Mya, la phlegmatia alba dolens s'observerait dans les formes graves de la maladie, et son développement pourrait être favorisé par quelque trouble circulatoire préexistant (varices) ; il considère la présence de colonies de pneumocoques au niveau du thrombus plutôt comme secondaire que primitive.

G. LYON.

II. — Dans trois cas d'abcès pulmonaires métapneumoniques relatés par lui en 1886, Patella a trouvé des coagulations dans les rameaux de l'artère pulmonaire correspondants aux régions hépatisées du parenchyme ; il pense que cette thrombose favorise l'envahissement de ces régions par les microbes pyogènes surajoutés à l'infection pneumonique, d'où la production d'abcès.

Récemment il a pu observer un nouveau cas : il s'agissait d'une femme de 70 ans, entrée à l'hôpital avec les symptômes d'une pneumonie du sommet gauche.

Cette malade avait été précédemment soignée pour des accidents d'impaludisme, pour une bronchite chronique et artério-sclérose.

17 jours après l'entrée, on constata dans les crachats d'aspect purulent la présence de fibres élastiques et, plus tard, des fragments de tissu pulmonaire; des signes cavitaires se manifestèrent au sommet gauche et la malade succomba, après avoir présenté une abondante expectoration purulente pendant quelques jours.

Tout le lobe supérieur gauche était transformé en une cavité remplie de pus, traversée par des brides de tissu pulmonaire. Les ramifications de l'artère pulmonaire furent examinées; l'une d'elles, qui se dirigeait vers l'abcès, était oblitérée par un thrombus qui se prolongeait dans les branches de ce rameau artériel; ce thrombus était dû à l'endo-périartérite (tandis que dans les trois cas précédemment observés par Patella, l'oblitération artérielle était consécutive à une embolie). L'auteur constate que la pathogénie invoquée par lui dans son premier travail de 1886 (*Annali Universali di Medicina*, décembre), pour expliquer la formation des abcès pulmonaires, a, pour ainsi dire, la valeur d'une loi générale.

G. LYON.

Gangræna pedis post influenzam (Gangrène du pied consécutive à l'influenza), par JOHANNSEN (*St Petersb. med. Wochensch.*, n° 46, 1890).

A la suite de l'influenza, un homme de 52 ans est pris d'abord de néphrite aiguë, puis d'une parésie du bras droit avec refroidissement et cyanose, accident qui guérit en vingt-quatre heures. Un peu plus tard, il ressent de vives douleurs dans le pied droit qui devient insensible et se gangrène. L'amputation de la cuisse permet de constater qu'un grand nombre de veines sont remplies par des thromboses résistantes et étendues. Il est bien probable que les symptômes constatés du côté du bras avaient eu une cause du même genre.

Une jeune fille de 15 ans, vierge, fut prise, quelques jours après l'influenza, d'une phlegmatia alba dolens grave du genou. La maladie se termina par une guérison complète.

LEFLAIVE.

I. — Pathogénie des ictères graves et leur traitement par l'essence de térébenthine, par J. CARREAU (*Pointe-à-Pitre (Guadeloupe)*, 1891).

II. — Quelques faits d'ictères infectieux, par GIRODE (*Arch. gén. de méd.*, janvier et février 1891).

III. — Contribution à l'étude bactériologique des voies biliaires, par GILBERT et GIRODE (*Soc. de biologie*, 27 décembre 1890).

IV. — Ikterus-Epidemie im Koenigreich Sachsen (Epidémie d'ictère en Saxe), par E. MEINERT (*Dresde*, 1890, et *Hygienische Rundschau*, I, 255, 1^{er} avril 1891).

I. — L'ictère grave est un syndrome qui s'observe dans beaucoup de maladies diverses. L'altération des humeurs est primordiale (intoxication phosphorée, ictère grave, fièvre jaune, fièvre bilieuse hémoglobinurique). La fièvre jaune présente avec l'ictère grave une analogie complète au point de vue de ses lésions et même de son étiologie. Quelle est la nature de cette altération du sang primordiale? La bile, dans les proportions où elle est contenue dans le sang, dans l'ictère n'altère pas l'hémoglobine. Surviennent, au contraire, sous l'influence de causes variables de la méthémoglobine acide dans le sang, celle-ci, en présence de la bile,

se transformera en hématine et le sang prendra les caractères du sang dissous. Les agents producteurs de méthémoglobine sont nombreux (quinine, acides, causes microbiennes ou ptomainiques, etc.), aussi ne saurait-on être trop réservé lorsqu'on administre certaines substances aux ictériques. Tant que la matière colorante du sang reste normale, la bilhémie est inoffensive, il en est tout autrement si l'hémoglobine est modifiée, la transformation en hématine étant l'altération humorale productrice du syndrome ictère grave.

L'ictère grave est donc toujours grave de seconde main.

Contre tous les ictères graves, l'auteur emploie l'essence de térébenthine.

La térébenthine agit comme substance ozonisée, introduisant dans le sang de l'oxygène, qui sert à brûler les produits de déchet de l'organisme. Elle se donne soit en injections sous-cutanées essence de térébenthine ozonisée 10 grammes, vaseline liquide 50 grammes, 10 à 15 injections en 24 heures, soit par la voie buccale.

PAUL TISSIER.

II. — Girode rapporte cinq observations d'ictère grave, dissemblables par leur évolution, leur origine et l'agent infectieux causal, mais se rapprochant par leurs caractères cliniques des maladies infectieuses. L'auteur en conclut que ces faits doivent être considérés comme des infections générales avec ictère.

L'examen bactériologique lui a, d'ailleurs, permis d'isoler dans un cas le staphylococcus aureus (obs. I); dans un autre cas (obs. II) le streptococcus; dans deux autres faits (obs. III et IV), il a isolé un bacille qui, par ses caractères généraux, paraît se rapprocher du bacterium coli commune d'Escherich.

Il semble donc que le groupe ictère grave n'a pas de spécificité microbienne absolue et qu'il doive être comparé au groupe des endocardites infectieuses.

RICHARDIÈRE.

III. — A l'examen bactériologique de deux cas de cholécystite suppurée dont l'un accompagné d'angiocholite, et développés, l'un et l'autre, au cours de la lithiasie biliaire, les auteurs ont trouvé le bacterium coli commune. Chez les animaux sacrifiés en pleine santé, le contenu de la vésicule biliaire ne renferme pas de germes. Chez l'homme, 24 heures après la mort, il en est de même dans la majorité des cas.

Sur 8 cas, deux fois seulement la bile de la vésicule a donné encore ici des cultures pures du bacterium coli, sans qu'il ait été possible de déterminer si la vésicule s'était peuplée pendant la vie ou après la mort.

Il y aurait lieu de distinguer les angiocholites et les cholécystites infectieuses en ascendantes et descendantes, les premières étant liées à l'envahissement des voies biliaires par les micro-organismes de l'intestin, les secondes à l'élimination, à l'excrétion ou à la décharge par la bile de bactéries parvenues au foie. Comme exemple d'angiocholite descendante, les auteurs citent le fait d'un individu mort de fièvre typhoïde avec suppuration des voies biliaires, causée par le bacille d'Eberth.

G. LION.

IV. — Au moyen de questionnaires adressés aux médecins traitants, Meinert a obtenu des renseignements sur 518 cas d'ictère survenus épidémiquement dans la Saxe royale de juillet 1889 à 1890. 179 de ces cas sont survenus à Dresde même, Meinert estime qu'ils représentent la

moitié des personnes atteintes; les autres, appartenant au reste du royaume, doivent former le tiers des cas survenus en province.

L'épidémie s'est développée très graduellement et a rétrogradé de même. L'enfance, de 4 à 13 ans, a compté le plus grand nombre d'atteintes : 63,84 pour cent à Dresde, 55,59 dans le reste de la Saxe. Il y a eu même quelques atteintes au-dessous de 1 an. La position sociale et la profession n'ont paru avoir aucune influence. 13 fois l'ictère s'est terminé fatalement; tous ces décès se sont produits en dehors de Dresde. Il a souvent compliqué la grippe. La multiplicité des cas dans une famille n'a pas été rare. On n'a pu reconnaître aucun rapport étiologique soit avec les conditions bromatologiques, soit avec une épizootie quelconque.

Meinert signale 5 autres épidémies d'ictère qui ont présenté avec celle-ci un certain nombre de traits communs, complètement étrangers aux épidémies classiques. Ce sont : 1° l'apparition bornée à l'automne et à l'hiver; 2° la prédominance des enfants et la fréquence relative de l'atteinte des frères et des sœurs; 3° le début brusque de la maladie, sans la dyspepsie apyrétique prodromique qu'on observe dans l'ictère catarrhal simple; 4° la disparition de la fièvre et des autres phénomènes initiaux quand apparaît l'ictère; 5° la durée insolitement courte de la coloration jaune de la peau.

Meinert croit à une maladie infectieuse dont le germe serait absorbé par les voies respiratoires. Cette maladie est contagieuse, mais la contagion n'est pas son mode exclusif de propagation. Elle n'est pas identique à la maladie de Weil. Les conditions météorologiques ne sont peut-être pas sans y jouer un rôle.

J. B.

I. — On primary malignant disease of the liver, par W. Hale WHITE (*Guy's hosp. Rep.*, XLVII, p. 59, 1890).

II. — Zwei Fälle von primärem Angiosarcom der Leber, par J. ARNOLD (*Ziegler's Beitrage z. path. Anat.*, VIII, 1).

I. — Hale White a pu observer trois exemples de cancer primitif du foie, affection rare, puisque, en 19 ans, sur 10,000 autopsies faites à l'hôpital de Guy, elle ne figure que pour 15 cas, alors que dans ce même laps de temps il y eut 240 cas de cancer hépatique secondaire.

L'analyse de ces 15 cas conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

Il existe trois variétés de cancer primitif du foie. La première correspond aux noyaux du carcinome encéphaloïde, elle est ordinairement secondaire.

La seconde est dure, squirrheuse, et simule le foie sclérosé, avec des nodosités dures et de l'ascite, pas toujours de l'ascite.

Le troisième a les allures d'un ictère chronique avec hypertrophie du foie, jaunisse, amaigrissement rapide. L'évolution du cancer primitif du foie se fait toujours en quelques mois.

Suivent les observations, malheureusement peu détaillées. H. R.

II. — Un jeune homme de 15 ans, commence à souffrir dans l'hypochondre droit; trois semaines après on sent une tumeur du volume d'un œuf de poule au-dessous du rebord thoracique. Deux mois plus tard, anémie extrême, peu d'ictère, veines abdominales développées, foie atteignant presque la crête iliaque. La rate est modérément développée. La mort survient peu de temps après. Le foie pesait 3,125 grammes, il est semé de tumeurs

gris rouge, du volume d'un noyau de cerise à une noix et ne laissant guère entre elles de parenchyme sain qu'au niveau du bord postérieur du foie. La veine porte est remplie ainsi que ses branches d'une masse gris rougeâtre qui s'étend jusqu'à l'embouchure de la veine splénique. Histologiquement on trouve un angiosarcome. Des amas ou des traînées de cellules sont séparées par des espaces remplis de sang et revêtus d'un endothélium. A la périphérie des noyaux se voient des vaisseaux néoformés dans du tissu conjonctif semé de néo-canalicules biliaires.

Le second cas concerne un homme de 53 ans, dont l'histoire est analogue, sauf qu'il existait de l'ascite, de l'ictère et quelques noyaux secondaires dans le poumon et le péritoine. Arnold rassemble 24 autres cas de sarcome primitif du foie, soit une statistique de 26 cas.

G. LUZET.

Des néphrites partielles. Valeur diagnostique et pronostique de la persistance d'un taux fixe, irréductible d'albumine dans les urines, par P. CUFFER et P. GASTOU (*Revue de médecine*, 10 février 1891).

Le mémoire basé sur quatre observations a pour but de montrer que lorsque rien ne peut expliquer la persistance d'un taux fixe et constant d'albumine, lorsqu'aucun des moyens thérapeutiques employés contre l'albuminurie ne réussit, lorsqu'enfin le malade jouit des attributs d'une bonne santé, il faut, s'il y a eu auparavant tous les signes d'une néphrite aiguë, penser à une néphrite partielle. Il ne faut pas, d'après Cuffer et Gastou, attacher dans ces cas à la présence d'une quantité même assez considérable d'albumine (2 à 4 grammes) un pronostic grave. Le malade est un infirme et peut vivre, à condition de prendre certaines précautions.

Les conséquences thérapeutiques sont aussi tout autres; il ne faut pas confiner les malades à la chambre, les soumettre à un régime sévère, à la diète lactée; il faut simplement les prévenir de leur état, afin qu'ils écartent toute cause de refroidissement, d'écart de régime, d'irritation rénale. Les astringents seront chez eux très utiles.

Quant aux recherches histologiques devant servir à caractériser ce type clinique, Cuffer et Gastou avouent qu'elles restent encore à faire.

G. GIRAudeau.

Zur Ätiologie des Morbus Brightii, par Agnes BLUHM (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVII, p. 193).

Dans l'étiologie du mal de Bright aigu, ce sont les maladies infectieuses qui tiennent la première place, et, de fait, la plupart d'entre elles paraissent susceptibles de se compliquer de néphrite.

Si les observations connues de mal de Bright chronique consécutif aux maladies infectieuses sont si rares, cela dépend en partie des circonstances intérieures, en partie de l'évolution souvent latente de la néphrite chronique.

Les conditions d'établissement d'une néphrite de complication ne sont pas en rapport avec le degré de la maladie primitive.

L'évolution de la maladie première et celle de la néphrite qui la complique sont le plus souvent sans influence réciproque.

A. M.

Traité de l'albuminurie (physiologie, pathologie, traitement), par H. SENATOR (Paris, 1891).

Dans ce livre remarquable l'auteur envisage successivement l'albumi-

nurie au triple point de vue de la physiologie, de la pathologie et du traitement. Après un premier chapitre consacré à la technique de la recherche des diverses substances albuminoïdes et des cylindres dans l'urine, il aborde la question de l'albuminurie physiologique. Senator admet l'existence possible d'une albuminurie transitoire chez des individus parfaitement sains sans lésion appréciable des reins; Talamon et Lecorché pensent au contraire que l'albumine que renferme l'urine ne peut être fournie que par des glomérules malades.

Senator étudie successivement l'influence des variations circulatoires et de la stase urinaire, les rapports de l'albuminurie avec les altérations du tissu rénal, et l'influence pathogénique de la crase sanguine dans l'albuminurie. Senator pense que l'on a eu dans ces derniers temps une tendance trop grande à considérer que l'albuminurie était toujours le fait d'une lésion de l'appareil glomérulaire; il croit à la possibilité d'une albuminurie d'origine dyscrasique. Les albumines du sang modifiées dans leur constitution peuvent devenir susceptibles de filtrer à travers l'appareil glandulaire du rein, comme filtrent des albumines étrangères à l'organisme, l'albumine du blanc d'œuf, par exemple. Toutefois le contact d'une albumine anormale serait sans doute de nature à provoquer plus ou moins rapidement l'apparition d'une lésion rénale.

Un chapitre important est consacré à l'étude des divers types cliniques de l'albuminurie, albuminurie physiologique et albuminurie pathologique. Le livre se termine par d'intéressantes considérations sur le traitement.

Des divers mérites de cet ouvrage nous n'en relèverons qu'un seul, d'une importance très grande en semblable matière : sa grande clarté.

A. M.

Ueber Acetonurie mit... (L'acétonurie et en particulier sa production sous l'influence de troubles digestifs), par LORENZ (*Zeitsch. für klin. Medicin*, vol. XIX, p. 19).

La production de l'acétonurie sous l'influence des troubles digestifs d'origine diverse (affections aiguës et chroniques de l'estomac, de l'intestin, etc.) est assez constante et assez importante pour que cette forme clinique mérite une place spéciale dans l'étude de l'acétonurie. Cette acétonurie se complique d'ordinaire de diacétonurie et il est difficile de séparer complètement les accidents tenant à l'un et à l'autre de ces processus. L'intoxication paraît due non à l'acétone ni à l'acide acétique, mais à des produits moins oxygénés variables sans doute de composition et d'activité. L'albuminurie en particulier semble indépendante de l'effet de l'acétone et de l'acide acétique. Dans un grand nombre de cas, l'acétone a été rencontrée et parfois en très grande quantité dans le contenu de l'estomac et de l'intestin. Cette présence de l'acétone presque constante dans les affections primitives organiques de l'estomac et de l'intestin est, au contraire, exceptionnelle dans les affections secondaires, la plupart d'origine nerveuse. Dans deux cas de vomissements urémiques et d'hystérie avec symptômes gastriques, on trouva en même temps que l'acétone et l'acide acétique de l'acide oxybutyrique dans l'urine.

A.-F. PLICQUE.

Ueber Globulinurie, par August CSATARY (*D. Arch. f. klin. Med.*, Band XLVII, p. 159).

Le quotient de l'albumine dans les urines au cours des néphrites lorsque ces urines renferment à la fois de la sérine et de la globuline, s'obtient en divisant la quantité de la sérine par celle de la globuline. Il dépend en premier lieu des relations de ces albumines dans le sérum sanguin. Toutefois, comme ce rapport ne varie que dans des limites étroites, le quotient de l'albumine est surtout en rapport avec la rapidité de la circulation du sang dans les glomérules du rein.

Dans les formes de néphrite dans lesquelles la force musculaire du cœur est grande, dans lesquelles le courant sanguin n'est pas gêné par l'œdème, dans lesquelles enfin il y a des conditions circulatoires favorables, le quotient est élevé, il est faible dans les conditions opposées. Le quotient est au maximum avec le petit rein contracté, au minimum avec la dégénérescence amyloïde compliquée de néphrite. Toutefois, dans toutes les néphrites, l'affaiblissement de la force du myocarde ou l'augmentation des obstacles à la circulation peut amener une diminution considérable du quotient de l'albumine.

L'élévation progressive du quotient pendant plusieurs jours est d'un pronostic favorable, son abaissement, d'un pronostic défavorable.

Le quotient s'abaisse quand la néphrite se complique de fièvre ou d'urémie. Il s'élève après la disparition de l'œdème, la ponction de l'ascite, des exsudats pleurétiques, l'administration d'un tonique du cœur.

Sous l'influence du régime lacté suivi la quantité totale d'albumine éliminée n'augmente jamais, elle diminue même dans quelques cas; le quotient s'abaisse en même temps.

Dans un cas de dégénérescence amyloïde des reins, la quantité d'albumine rejetée fut augmentée par l'absorption de 18 œufs. A. MATHIEU.

Observation d'hémoglobinurie paroxystique (accès provoqués), par BRUNELLE (*Bull. méd. du Nord*, n° 9, p. 209, 1891).

Un malade à la fois paludéen, syphilitique et alcoolique présente depuis huit ans, chaque hiver, sous l'influence du moindre refroidissement, des accès d'hémoglobinurie, dont l'examen spectroscopique et chimique ont démontré la réalité. Ces accès, d'une durée totale de six heures, débutent par des frissons avec cyanose et insensibilité des extrémités; puis viennent les stades de chaleur et de sueur accompagnés de quintes de toux et de vomissements alimentaires. Les urines noires se montrent environ deux heures après le début des accidents. On n'a jamais constaté d'hématidrose, mais l'ictère a apparu plusieurs fois.

Les accès d'hémoglobinurie sont provoqués à volonté par le froid, et le malade peut en graduer l'intensité.

LEFLAIVE.

Le chimisme stomacal, par A. HERZEN (*Revue médic. Suisse romande*, XI, 153, mars 1891).

D'après Hayem et Winter (*R. S. M.*, XXXVII, 289), l'acte primordial de la peptonisation serait la décomposition du chlorure de sodium et la formation de chlore organiquement combiné (C) tandis que l'acide chlorhydrique libre (H) serait déjà un produit de la digestion; la peptonisation achevée, les éléments du chlorure de sodium se retrouveraient et

reformeraient le sel qui a servi de point de départ à tout le processus. Herzen reproche à ces auteurs de n'avoir, en négligeant le rôle de la pepsine, tenu compte que d'un seul des deux agents indispensables à l'accomplissement du travail digestif de l'estomac. Il lui semble obligatoire d'ajouter au dosage de C ou de $C + H$, le contrôle des digestions artificielles. Pour avoir le droit de considérer C pris en bloc comme étant à lui seul un critère suffisant de l'activité fonctionnelle de l'estomac, c'est-à-dire de la peptonisation, il faudrait d'abord avoir prouvé quatre choses : 1° Que le chlore total (T) est sécrété exclusivement sous forme de chlore fixe (F) et précisément de Na Cl ; 2° qu'il y a toujours dans le suc gastrique un agent capable de décomposer Na Cl ; 3° que la quantité de cet agent est toujours proportionnelle à celle de la pepsine ; 4° que la peptonisation est toujours proportionnelle à l'acide chlorhydrique présent, quelle que soit son origine.

Le fait constaté par Hayem et Winter (constance et même diminution de F pendant une première période de la digestion et son augmentation après) ne suffit pas pour prouver que C provient de F ; il suffit tout au plus à montrer qu'il le devient, si tant est que les peptones retiennent moins de HCl que les albumines dont elles dérivent. En outre, si T était sécrété sous forme de NaCl, on ne devrait jamais trouver la muqueuse acide, ni le suc gastrique au moment même où il est sécrété ; l'un et l'autre sont pourtant la règle dans les conditions normales : bien plus, on trouve souvent de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique pur.

J. B.

Ueber einige bisher... (De quelques phénomènes cliniques et anatomiques jusqu'ici peu pris en considération dans le cours de l'ulcère rond de l'estomac et du catarrhe gastrique acide), par v. KORCZYNSKI et JAWORSKI (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLVII, p. 578).

L'ulcère rond s'accompagne toujours d'augmentation de l'HCl, et le degré de cette hypersécrétion acide varie parallèlement aux manifestations gastriques subjectives et objectives. Cette hyperacidité est continue, même à jeun, en conséquence la quantité d'urine est diminuée, son acidité est petite, quelquefois remplacée par l'alcalinité, les chlorures y sont diminués ou nuls.

Les auteurs ont eu l'occasion de faire à différentes reprises des examens de muqueuse gastrique fraîche dans des cas d'ulcère rond (gastrotomie, résection du pylore), ils ont trouvé des lésions de catarrhe avec état mamelonné de la muqueuse : sous l'épithélium desquamé on voit une infiltration de petites cellules s'étendant entre les glandes et pouvant les oblitérer. Les cellules principales dégénèrent et se détruisent, tandis que les cellules de revêtement persistent ; il peut même arriver que les contours des glandes disparaissent et que dans les débris des cellules principales on retrouve des cellules de revêtement encore bien conservées.

Le catarrhe acide est donc caractérisé par une irritation vive de la muqueuse et une hypersécrétion à laquelle succombent les cellules principales plus délicates. L'hypersécrétion acide par décomposition des chlorures est cause que la base est retenue dans le sang et en augmente l'alcalinité. Le catarrhe acide de l'estomac peut ainsi retentir à

distance sur des organes éloignés. Par suite de l'irritation de la muqueuse, le catarrhe acide finit par se transformer en catarrhe muqueux.

C. LUZET.

Observations on the variation... (Des variations du nombre des globules blancs du sang chez les diabétiques), par S. H. HABERSHON (*St Barth. Hosp Reports*, XXVI, p. 153, 1890).

Mémoire basé sur l'analyse du sang dans 20 cas de diabète.

1° Une leucocytose modérée se rencontre constamment chez tous les diabétiques.

2° L'influence d'un régime strictement suivi, où sont exclus les féculents, a pour effet de diminuer beaucoup la proportion des globules blancs.

3° Si, au cours du traitement, les malades éprouvent des complications, des rechutes ou des maladies intercurrentes, la leucocytose est beaucoup plus accentuée.

4° Pendant le coma diabétique, il y a toujours accroissement du nombre des globules blancs, résultat qui est peut-être dû à la concentration du sang; car, en pareil cas, la proportion des globules rouges est également plus considérable pour chaque millimètre cube.

H. R.

Ueber die prognostische Bedeutung und die Ätiologie der Albuminurie bei Diabetes, par Richard SCHMITZ (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 15, p. 573, 13 avril 1891).

Schmitz a examiné l'urine de 1,200 diabétiques et trouvé que dans 824 cas elle renfermait de l'albumine, soit seulement à l'état de traces, soit une fois jusqu'à 890/0. La plupart du temps, la quantité journalière des urines dépassait légèrement la normale et très rarement elle lui était inférieure. La densité oscillait en général entre 1019 et 1026. Jamais elle n'était inférieure à 1010; la réaction était acide, l'urine nocturne était toujours la plus riche en albumine. 19 fois il y avait des hydropisies avec cylindres hyalins et épithélium rénal. Parmi les 206 malades qui suivaient depuis 2 ans au moins le régime antidiabétique, 4 seulement n'offraient pas le moindre vestige d'albuminurie. L'œdème de la face et des malléoles existait chez 52 des 2,000 diabétiques, à savoir 32 fois parmi les albuminuriques et 20 fois parmi les 376 autres; donc il est plus fréquent relativement chez les derniers.

Sur les 19 malades atteints d'albuminurie avec hydropisie généralisée, 2 seulement ne présentaient pas de complication, autre que le diabète, capable d'expliquer la néphrite. 9 avaient une tuberculose, 7 des affections cardiaques non compensées, 1 un foie amyloïde.

Jamais Schmitz n'a vu survenir d'urémie chez ses diabétiques albuminuriques; 2 autopsies lui ont montré que malgré l'albuminurie les reins étaient parfaitement intacts. Il en conclut que par elle-même, et en l'absence de tous symptômes physiques ou fonctionnels de lésions du parenchyme rénal, l'albuminurie diabétique n'est pas d'un pronostic fâcheux.

Schmitz reconnaît 2 causes agissant isolément ou conjointement pour produire l'albuminurie du diabète: 1° la consommation prolongée d'une

grande quantité d'œufs (c'est pourquoi sur 206 diabétiques en traitement depuis 2 ans au moins, 202 avaient des urines plus ou moins albumineuses); 2° la cystite si commune chez les diabétiques et qui entraîne fréquemment à son tour un catarrhe du bassin. (*R. S. M.*, XXVII, 538 et XXXI, 573.)

J. B.

Neue klinische Form des Diabetes (Forme clinique du diabète), par **HIRSCHFELD** (*Zeitsch. f. klin. Med.*, vol. XIX, p. 294 et 324).

Cette forme clinique nouvelle du diabète serait surtout caractérisée 1° par de violents accès de coliques survenant fréquemment au début, mais cessant par la suite; 2° par une urine peu augmentée de quantité et par suite souvent trouble, laissant déposer des sédiments; 3° par une coloration blanchâtre assez fréquente des matières fécales sans qu'on puisse y apercevoir de masses graisseuses. Dans cette forme, l'absorption des matières albuminoïdes et des matières grasses est particulièrement atteinte et très diminuée au lieu de rester à peu près normale, comme elle l'est d'ordinaire dans le diabète. La marche clinique, par suite des troubles de la nutrition, est d'ordinaire rapide et grave. Une des principales indications thérapeutiques est une alimentation comprenant surtout des matières albumineuses, des corps gras et de l'alcool.

A.-F. PLICQUE.

Gichtfinger, par **Emil PFEIFFER** (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 15, p. 369, 13 avril 1891).

Pour Pfeiffer les nodosités d'Heberden sont une manifestation aussi exclusive et aussi typique de la goutte que la localisation du gros orteil. Mais elles ne représentent qu'une partie et qu'un stade avancé de l'affection des doigts. Au début, l'épaississement et l'élargissement des dernières articulations phalangiennes portent également sur tout leur pourtour, et ce n'est qu'ultérieurement que leur face dorsale devient le siège prédominant des proliférations osseuses qui constituent alors les nodosités d'Heberden; aussi Pfeiffer préfère-t-il à cette dénomination celle de doigts gouteux.

Souvent l'affection est précédée par des sensations d'engourdissement occupant les doigts ou la totalité de la main et qui peut durer des années avant toute manifestation du côté des phalanges.

Dans la plupart des cas il existe au début des douleurs spontanées ou à la pression. Au fur et à mesure que les têtes des phalanges s'épaississent, leur mobilité diminue, et finalement les articulations sont parfois entièrement ankylosées.

Le pouce demeure intact tant que seule l'articulation terminale des autres doigts est atteinte. Dans les cas très rares où l'affection s'étend à l'articulation de la deuxième avec la première phalange, l'articulation interphalangienne du pouce peut être prise aussi.

L'affection commence volontiers par le petit doigt. Dans la majorité des cas elle atteint des personnes ayant dépassé la cinquantaine et de sexe féminin.

Contrairement à Garrod et à Charcot, Pfeiffer l'a observée très fréquemment chez des personnes offrant d'autres manifestations indubitables de

la goutte, mais il est bien vrai qu'elle se voit aussi chez beaucoup de personnes n'ayant jamais eu d'accès gouteux.

Chez les malades qui présentent les nodosités d'Heberden sans autres symptômes gouteux, les urines offrent néanmoins constamment les caractères propres à la goutte : 1° disparition complète ou à peu près de l'acide urique de l'urine lorsque celle-ci est filtrée sur des cristaux d'acide urique ; 2° diminution considérable de l'acide urique de l'urine après trois semaines de cure à Wiesbaden.

Chez les rhumatisants l'urine ne présente pas ces particularités, et la dernière articulation phalangienne des doigts demeure intacte. J. B.

Some cases of joint disease in bleeders (Artropathies des hémophiliques), par Anthony BOWLBY (*St Barth. hosp. Rep.*, XXVI, p. 77, 1890).

Bowlby rapporte trois faits d'hémophilie avec lésions articulaires.

1° Homme de 31 ans, hémophile dès son enfance : à 7 ans, hémorragie grave par l'extraction d'une dent ; à 19 ans, immense épanchement sanguin intra-musculaire. Depuis sa jeunesse, il est sujet à des gonflements soudains et douloureux des genoux, des épaules et des coudes de plus en plus fréquents et tenaces. A la longue, les articulations sont ankylosées, déformées, avec épaississement de la synoviale et ostéophytes : les mouvements, très limités, déterminent des craquements comme dans l'ostéo-arthrite sèche.

2° M..., 19 ans, frère du précédent, hémophile comme lui. Les jointures commencèrent à gonfler chez lui vers l'âge de 5 ans, les coudes à 7 ans : depuis des années il en souffre continuellement. Même apparence que chez le précédent : attitude vicieuse, déformation articulaire, gonflement de la synoviale, craquements.

Le troisième fait concerne un individu de 37 ans et est très analogue.

Dans les faits du même genre recueillis par Poncet et W. Legg, on a pu examiner anatomiquement les articulations qui présentent les lésions de l'ostéo-arthrite rhumatismale chronique. H. R.

I. — Étude sur la tuberculose des capsules surrénales et ses rapports avec la maladie d'Addison, par H. ALEZAIS et F. ARNAUD (*Revue de médecine*, 10 avril 1891).

II. — Ein Fall von Morbus Addisonii mit Atrophie der Nebennieren, par ROLOFF (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, Band IX, Heft 2, p. 328, 1890).

III. — Zur Lehre des Morbus Addisonii, par J. LEVA (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXV, 1).

I. — La partie originale de ce travail a pour but de montrer que la destruction du tissu fondamental des capsules surrénales est incapable à elle seule de donner naissance à la maladie bronzée. La lésion reste silencieuse tant qu'elle n'a pas dépassé le parenchyme glandulaire. Le syndrome Addison est lié, d'après Alezais et Arnaud, à l'altération des ganglions nerveux du grand sympathique compris dans l'enveloppe fibreuse des capsules surrénales (ganglions péricapsulaires). Les lésions nerveuses peuvent être limitées à ces derniers, avec intégrité du plexus solaire et des ganglions semi-lunaires.

Cette interprétation permet d'expliquer mieux que tout autre : 1° pourquoi la maladie d'Addison est en quelque sorte liée à une altération des

capsules surrénales, pourvu toutefois que la lésion soit assez avancée pour avoir gagné la périphérie de l'organe; 2° comment la maladie des capsules est si souvent observée en l'absence du syndrome d'Addison; 3° enfin la nature tuberculeuse presque constante de la lésion capsulaire dans la maladie bronzée. Les autres affections en effet (inflammation chronique, cancer, etc.) amènent beaucoup moins facilement que la tuberculose la destruction des ganglions péricapsulaires; le plus souvent dans ces derniers cas il y a simple compression, mais les éléments nerveux restent longtemps à peu près intacts. C. GIRAudeau.

II. — Chez un jeune homme de 20 ans, mort avec le tableau clinique complet de la maladie bronzée, on trouva la capsule surrénale droite réduite à une lame d'à peine un millimètre d'épaisseur, la gauche à environ le 1/4 du volume normal. La couche externe en est grise et non jaune, la couche intermédiaire manque et la couche médullaire est relativement épaisse. Pas de tubercules. Quelques petits nodules tuberculeux aux sommets. Le ganglion semi-lunaire était parfaitement sain. L'auteur rapproche de ce fait 12 cas d'atrophie des capsules surrénales avec maladie bronzée, et un cas inédit de tuberculose totale des deux capsules surrénales sans pigmentation cutanée. C. LUZET.

III. — Leva décrit avec détails 6 cas de maladie d'Addison chez 4 hommes et 2 femmes. La moitié des cas se rapporte à des individus âgés de 42 à 50 ans, tandis que les autres étaient plus jeunes. Leva ne peut indiquer rien de précis sur les conditions de milieu (profession, étiologie), qui influent sur l'apparition de la maladie. La durée de celle-ci variait de 2 mois à 6 et 8 ans.

Outre la teinte bronzée de la peau, les troubles du tube digestif et la faiblesse croissante, Leva note la présence constante de taches pigmentaires sur la muqueuse buccale et sur les lèvres. Dans la plupart des cas on constate des taches semblables sur la conjonctive.

L'examen des urines n'a donné que des résultats contradictoires quant à l'augmentation ou à la diminution des principes constitutifs de l'urine. Il est intéressant de signaler les lésions constatées dans deux des cas suivis d'autopsie: il s'agissait d'une tuberculose miliaire généralisée. Ajoutons immédiatement que dans deux autres cas où à l'autopsie l'on trouva les capsules surrénales envahies par des tumeurs, on n'avait pas vu trace de maladie d'Addison pendant la vie. Ces faits semblent montrer que la maladie bronzée n'est pas le résultat de la lésion des capsules surrénales, mais reconnaît comme cause déterminante l'altération des ganglions voisins du grand sympathique.

Que les capsules surrénales deviennent tuberculeuses, la maladie tend à s'étendre aux cordons du grand sympathique, de sorte qu'il se produira une maladie d'Addison. Dans le cas de cancer envahissant les capsules surrénales, la tumeur se limite à ces dernières, d'où absence de maladie bronzée. ED. RETTERER.

I. — A case of leucocythœmia, par ORD (*Brit. med. journ.*, p. 1177, 30 mai 1891).

II. — A case of myelogenous leucocythœmia, par Wallace BEATTY (*Ibidem*, p. 850, 18 avril 1891).

III. — Enlarged spleen... (Hypertrophie splénique avec leucocythémie; guérison), par BARN (*Lancet*, 21 février 1891).

- IV. — A case of enlarged and dislocated spleen, par F. W. ANDREWES (*St Barth. Hosp. Rep.*, XXVI, p. 131, 1890).
- V. — On the pathology and prognosis of pernicious anæmia, par W. Hale WHITE (*Guy's hosp. Rep.*, XLVII, p. 149, 1890).
- VI. — Ein Fall von reiner lienalen Pseudoleukämie (Pseudoleucémie splénique). par DEGLE (*Wien. mediz. Presse*, n° 11, p. 416, 1891).
- VII. — Pernicious anæmia; recovery, par H. HANDFORD (*Brit. med. journ.*, p. 1581, 27 juin 1891).

I. — Homme de 36 ans, malade depuis 1886, et suivi sans interruption jusqu'à sa mort, en 1891. Début par une hypertrophie splénique progressive, sans diarrhée ni troubles digestifs, mais avec affaiblissement progressif, palpitations, vertiges et fréquents saignements de nez. A plusieurs reprises, la rate diminuait sous l'influence du repos, tandis qu'à d'autres moments elle augmentait rapidement. A la fin de 1890, elle s'étendait de la septième côte au ligament de Fallope et débordait la ligne blanche vers l'ombilic. Il y avait simultanément de la périsplénite et un peu d'ascite : le foie était augmenté de volume. Les symptômes prédominants étaient la céphalée et les hémorragies nasales : il y eut même des apoplexies rétinienne ; dans les derniers temps de la vie, on nota de l'albuminurie.

L'autopsie montra une rate énorme, pesant 7 livres et demie, dure et ferme ; un foie gros et friable, des reins volumineux, pâles et durs ; aucune hypertrophie ganglionnaire.

Le sang, examiné très souvent pendant la vie, avait présenté les particularités suivantes : La proportion des leucocytes par rapport aux hématies avait oscillé entre un huitième et un quart. Trois variétés de leucocytes se rencontraient dans le sang : des globules blancs de volume normal, se colorant fortement par le bleu de méthylène ; des globules trois fois plus volumineux, se colorant mal par le réactif, et enfin de petits globules, moitié moins gros qu'à l'état physiologique, semblables à ceux rencontrés dans le choléra. Les hématies ne gardaient pas toutes leur tendance à s'accumuler en rouleaux, et plusieurs étaient nucléées. Elles étaient pauvres en hémoglobine. Les cristallins de Charcot furent constatés.

H. R.

II. — Femme de 35 ans, atteinte de scarlatine dans son enfance, et d'une pleurésie il y a cinq ans. Début de l'affection actuelle par des troubles gastriques, de l'affaiblissement, de l'œdème des jambes et une éruption analogue à l'érythème noueux ; puis amaigrissement, sueurs nocturnes et métrorragies.

Au moment de son admission, apparence anémique très prononcée, éruption confluyente d'érythème noueux, urines légèrement albumineuses. Le signe le plus caractéristique est une leucocythémie des plus accentuées (1 globule blanc pour 5 rouges). Cependant la rate est petite, mais le sternum et les côtes sont très douloureux à la pression. Quinze jours après son entrée à l'hôpital, la malade succomba à une diarrhée profuse.

A l'autopsie, tous les organes furent trouvés noueux, sauf les intestins et le péritoine, parsemés de nodules grisâtres correspondant à de petites hémorragies interstitielles, et les os, dont la moelle était plus compacte et plus dure que dans l'état physiologique. L'examen histologique montra que le tissu médullaire contenait : a) d'innombrables leucocytes à noyaux ; b) un très petit nombre d'hématies, déformées dont quelques-unes nucléées ; c) des cellules fusiformes du tissu conjonctif. Les viscères étaient distendus par des amas de leucocytes, mais la rate était normale, ainsi que les ganglions. L'auteur conclut que la leucocythémie chez cette femme était d'origine purement myélogénique.

H. R.

III. — Malade de 33 ans, ayant été fréquemment dans des pays marécageux.

geux, mais sans avoir présenté de manifestations palustres bien nettes. Hé-morragies répétées à la suite de l'extraction d'une dent. Urines albuminu-riques et riches en urates. Foie un peu gros. Rate très hypertrophiée, débordant les côtes de plus de six pouces. Pas d'adénopathies. Globules blancs formant le quart des éléments du sang. Le diagnostic porté fut leuco-cythémie splénique; le fer et l'arsenic furent prescrits sans grand espoir. L'amélioration survenue engagea à augmenter graduellement les doses, surtout pour l'arsenic. Finalement l'albuminurie, l'hypertrophie splénique, la leucocythémie, disparurent après huit mois environ de traitement. C'est tout au moins une rémission complète sinon une guérison définitive. A.-F. PLICQUE.

IV. — Femme de 28 ans. Dans les derniers mois de sa grossesse, douleurs dans l'hypochondre gauche. Après son accouchement, on constate la présence d'une tumeur abdominale mobile dans le flanc gauche, ayant plus de six pouces en tous sens et répondant manifestement à la rate triplée de volume. Foie également hypertrophié, mais non mobile. Sous l'influence du repos et de la quinine, la rate diminua de volume et la malade quitta l'hôpital améliorée, ayant un léger degré de leucocytose.

A plusieurs reprises, cette malade fut revue avec des alternatives d'hyper-trophie et de retrait de la rate, toujours extraordinairement mobile. Souvent, dans un mouvement brusque, survenait une sorte de luxation douloureuse de l'organe, une sensation de nausées et de vomissements. Dans ces périodes, il se faisait de véritables poussées de péritonite, et pendant les crises aiguës, le nombre des globules blancs, par rapport aux globules rouges, augmentait sensiblement de 1/800 à 1/160. — Malgré une grossesse ultérieure, les acci-dents ne se repro luisirent pas d'une façon plus grave.

L'auteur insiste sur ces crises douloureuses subites correspondant pro-bablement à la torsion du hile splénique, et comparables aux accidents de torsion du pédicule des kystes ovariens.

Suivent les indications bibliographiques sur les faits publiés de rate mobile et sur les opérations de splénotomie qui en ont été la consé-quence (25 cas environ). H. R.

V. A propos d'un cas, d'ailleurs discutable, d'anémie pernicieuse qui finit par guérir, Hale White passe en revue l'état actuel de nos connais-sances relativement à cette affection, en se basant sur les observations de 31 cas recueillies à l'hôpital de Guy depuis le mémoire d'Addison. Il insiste sur ce fait, que la conception théorique la plus vraisemblable de cette maladie est qu'il s'agit d'une intoxication microbienne d'origine intestinale, donnant lieu à des ptomaines et à la destruction rapide des globules du sang, dont les éléments minéraux vont se fixer dans le paren-chyme spléno-hépatique par la veine porte, tandis que les éléments chromogènes vont colorer l'urine. Il s'appuie, pour édifier cette théorie (qui, du reste, est celle qu'ont soutenue récemment Mott et Hunter), sur la fréquence des troubles gastro-intestinaux et la présence de lésions de la muqueuse intestinale à l'autopsie; sur la proportion de fer contenue dans le foie des malades et la coloration foncée de l'urine; enfin, sur la présence de pigment dans les reins et de ptomaines et de corps de la série aromatique (phénol, scatol, indol) dans l'urine. Les cas dans lesquels la rate est hypertrophiée ne rentreraient pas, d'après lui, dans le cadre de la véritable anémie pernicieuse. H. R.

VI. — Femme de 40 ans, anémique depuis l'âge de 16 ans, réglée à 18 ans, dix fois enceinte. Dix jours après le dernier accouchement, l'auteur constate une anémie extrême; le foie est gros; la rate est énorme, elle mesure 26 centimètres de hauteur; les ganglions sont normaux. Les globules

blancs ne paraissent pas multipliés dans le sang, tandis que les rouges ont diminué de nombre (il n'y a pas eu de numération rigoureuse); il y a des globules rouges plus volu mineux que les normaux.

L'auteur prescrit du fer et des injections sous-cutanées d'arsénite de potasse.

La malade a de la fièvre (39°) et de la tachycardie (p. 132). Œdème des membres inférieurs. Epistaxis répétées. Albuminurie. Affaiblissement progressif. Dyspnée. Elle meurt un mois après l'accouchement.

Pas d'autopsie. L'enfant est sain.

L. GALLIARD.

VII. — Gargon de ferme, malade depuis janvier 1890, époque où il fut atteint de l'influenza. Depuis lors, anémie progressive avec vomissements, diarrhée, besoins d'uriner fréquents, affaiblissement extrême, teint jaune, subictérique. La rate est volumineuse et facile à palper, le foie également gros. Battements de cœur faibles, souffle doux à la pointe, rude à la base. Urines foncées comme de la bière brune, d'un poids faible (1012), sans albumine ni pigment biliaire, mais riche en urohématine. Sang pâle : hématies peu colorées, plus petites qu'à l'état normal; sérum, au contraire, très coloré; pas de leucocythémie. La numération des globules donne de 160 à 200,000 globules au lieu de 5 millions, chiffre normal : l'hémoglobine est de 10 0/0 au-dessous de la normale.

Deux fois, pendant la maladie, ce jeune homme présente des périodes d'hyperpyrexie, il eut également des hémorragies rétinienne, mais finit par guérir complètement. Le traitement employé fut le fer et l'arsenic : il dura d'avril à septembre.

H. R.

Traité de l'anémie par insuffisance de l'hématose ou hypohématose, par
MAUREL (Paris, 1890).

Avant d'aborder la question de l'anémie, Maurel consacre plus de la moitié de son traité à l'étude des mensurations de la poitrine. Il passe en revue les procédés antérieurement employés (mensuration du périmètre, ou des diamètres) et donne la préférence à la méthode de la section thoracique par l'emploi des graphiques. Il est arrivé à constater qu'il existe, à l'état normal, un rapport constant entre la section thoracique et la taille des enfants et des adultes, et, pour tous les âges, entre cette section et le poids.

Au moyen de nombreux graphiques, il donne le résultat de ses recherches sur les sections elliptiques et les sections thoraciques, et constate que la nature emploie les trois procédés d'augmentation des diamètres, d'augmentation des périmètres et de changement de forme. Dans les chapitres 3 et 4 il compare les méthodes et procédés déjà publiés, puis pose les bases d'une stéthométrie normale, c'est-à-dire de l'ensemble des données connues sur les diverses dimensions du thorax à l'état normal. Les hommes adultes ont une section thoracique moyenne qui dépasse 500 centimètres carrés. Cette section diminue rapidement chez les adolescents et les enfants; les femmes, à âge égal, ont une section thoracique inférieure. La prédominance de l'hémisection droite sur la gauche est la règle, sept fois sur huit, quels que soient l'âge et le sexe, et elle augmente avec l'âge, ce qui est dû à l'exercice plus fréquent du côté droit que du côté gauche. Le rapport de la taille à la section est de 3 pour les adultes des deux sexes.

Maurel étudie ensuite l'hypohématose, qu'il cherche à différencier de la chloro-anémie, de par la conservation de l'appétit, le type respiratoire

à mouvements peu étendus et fréquents et l'insuffisance de la section thoracique ; il admet comme un indice normal (rapport avec la taille) 3 pour les adultes, 2,80 à 18 ans, 2,60 à 16 ans, 2,40 à 14 ans. Le traitement doit consister essentiellement dans l'hygiène et la gymnastique respiratoires.

Donc, il faut veiller à ce que les enfants se tiennent droit et respirent largement ; le type respiratoire le meilleur est le type costal, et le mode doit toujours être le mode nasal. Au point de vue gymnastique, Maurel recommande d'abord les respirations lentes et profondes dans l'immobilité, puis combinées avec des mouvements rythmés des bras de plus en plus complexes, rappelant plus ou moins les mouvements de natation ; plus tard, on associe aux mouvements la numération bien scandée pendant l'expiration.

H. L.

I. — Le parasite de la fièvre quarte, par GOLGI (*Zeitschr. f. Hygiene*, X, p. 137).

II. — Au sujet de l'hématozoaire du paludisme et de son évolution, par A. LAVERAN (*Soc. de biologie*, 21 juin 1890).

III. — Des hématozoaires voisins de ceux du paludisme, par A. LAVERAN (*Ibidem*, 5 juillet 1891).

IV. — L'eau des endroits où règne la malaria est-elle le véhicule de l'infection ? par S. Salomone MARINO (*Sicilia medica*, n° 2, p. 100, 1891).

V. — Results of numeration... (Numération des globules blancs du sang dans quelques cas d'engorgement splénique palustre), par J. F. EVANS (*Brit. med. j.*, p. 799, avril 1891).

I. — Dans ce mémoire Golgi représente à l'aide de photographies le développement des corps amiboïdes trouvés dans le sang des malariques atteints de fièvre quarte, et connus depuis les recherches de Laveran. Tout d'abord, le parasite est petit et non pigmenté : il se développe aux dépens des corpuscules du sang, se pigmente, et finalement se segmente au moment où survient la crise fébrile paroxystique. Le pigment contenu dans les corps amiboïdes ne prend aucune part à la segmentation ; il se diffuse dans le plasma sanguin et est repris par les leucocytes pour de là être transporté dans le foie, la rate et les ganglions. La période qui s'écoule entre le moment de la pénétration des parasites dans les globules rouges et leur segmentation, est exactement de trois jours : d'où la périodicité de la fièvre quarte. La période d'apyrexie correspond à l'accroissement endoglobulaire du parasite.

Golgi croit que les fièvres tierces correspondent à une autre variété du parasite de la malaria, dont le développement accomplirait ses phases en deux jours au lieu de trois.

H. R.

II. — Contrairement à Golgi, Canalis, Antolisei, qui admettent trois espèces de parasites du paludisme, Laveran persiste à croire que l'hématozoaire du paludisme est polymorphe mais unique, et que, de plus, son évolution n'est pas toujours la même. Dans certains cas le parasite prend la forme en croissant : il s'agit toujours alors de formes anciennes évoluant chez des malades qui ont eu plusieurs rechutes, ou chez les cachectiques palustres. Quant au type de la fièvre, il dépend

de l'état du malade, de son irritabilité, de son degré d'accoutumance au paludisme, plutôt que de la variété des formes parasitaires qui se trouvent dans le sang.

III. — Les hématozoaires du paludisme ne sont pas des êtres aussi singuliers qu'on l'avait cru tout d'abord; on trouve chez différents animaux des parasites qui appartiennent à des espèces voisines; certains hématozoaires des oiseaux ont en particulier la plus grande analogie avec les hématozoaires du paludisme, mais cette analogie ne va pas jusqu'à l'identité.

G. LION.

IV. — Le germe palustre peut-il pénétrer par les voies digestives, l'eau lui servant de véhicule? Pour résoudre cette question, Salomone-Marino s'est livré à diverses expériences en se mettant à l'abri de l'influence de l'air, qui pouvait devenir une cause d'erreur.

L'eau fut puisée dans des localités où régnait la fièvre paludéenne et administrée à 25 individus de différentes conditions; 2 d'entre eux avaient eu des fièvres intermittentes.

1° Chez les individus sains et robustes l'ingestion de l'eau a seulement déterminé, dans la moitié des cas, des nausées et de la pesanteur d'estomac pendant une heure, lorsque la dose donnée en une seule fois dépassait 400 grammes; jamais aucun accident ne se produisit, même lorsque l'usage de cette eau était continué pendant plusieurs jours consécutifs.

2° Chez les individus plus délicats, quoique bien portants, l'eau a déterminé des troubles plus marqués (vomissements, tranchées, désordres intestinaux).

3° Chez les individus atteints de maladies chroniques survint une fièvre rémittente qui disparut avec la suppression de l'eau, au bout de 20 à 28 heures.

4° Enfin chez les individus atteints antérieurement de fièvre paludéenne, le second et le troisième jour, et consécutivement aux désordres intestinaux, se sont produits de véritables accès de fièvre intermittente, avec frisson initial, température élevée (40°), augmentation de volume de la rate, et apparition dans le sang des parasites semi-lunaires que l'on n'y trouvait pas avant l'expérience; la suppression de l'eau ne suffit pas à faire disparaître ces accidents fébriles; ils ne cédèrent qu'à la quinine.

G. LYON.

V. — Il ressort des recherches d'Evans, qui portent sur 22 cas de cachexie palustre avec hypertrophie splénique, que loin d'être accru, comme dans la leucocythémie, le nombre des globules blancs est très diminué. La proportion des leucocytes par rapport aux hématies varie de 1 pour 500 jusqu'à 1 pour 800 et même 900, le pourcentage de l'hémoglobine oscille entre 70 et 90. Il y a donc à la fois destruction des globules rouges et des globules blancs, anémie dans le vrai sens du mot.

H. R.

I. — Contribution à l'étude de la diphtérie, par MOREL (*Thèse de Paris*, 1891).

II. — The microorganism of diphtheria, par Albert WILSON (*Brit. med. journ.*, p. 1020, 9 mai 1891).

III. — Recherches bactériologiques sur la diphtérie, par Mitchell PRUDDEN (*New York med. Record*, 18 avril 1891).

IV. — De l'origine de la diphtérie, par HAUSHALTER (*Revue médic. de l'Est*, 15 mai 1891).

V. — Etiologie de la diphtérie, par E. KLEIN (*Nineteenth annual Rep. of the local government Board*, p. 143, 1890).

VI. — Milk and diphtheria, par E. KLEIN (*Ibidem*, p. 167).

VII. — Diphtherial and diphtheroid inflammations, par W. H. WALCH et A. C. ABBOTT (*Bull. of the Johns Hopkin's Hospital*, II, p. 11).

I. — Morel a appliqué la méthode de Roux-Yersin dans le service des Enfants-Assistés. Il a examiné : 1° 86 malades entrés dans le pavillon de la diphtérie; 2° 12 angines pseudo-membraneuses, consécutives à la diphtérie; 3° 20 malades atteints d'angines pultacées ou herpétiques.

1° Sur les 86 malades, 66 fois il a trouvé le bacille diphtéritique; de ces 66 malades 50 sont morts, tous ayant des angines toxiques, le plus souvent en 48 heures; 16 ont guéri, dont 11 angines graves. Sur les 20 autres, il y a eu 14 guérisons (3 stomatites aphteuses ou ulcéro-membraneuses, 11 angines pultacées), 6 sont morts (4 broncho-pneumonies, avec stomatite pseudo-membraneuse, et 2 angines).

Dans 3 cas où le bacille de Klebs-Löffler a été retrouvé, l'angine avait une allure bénigne d'angine pultacée, et évolua en 3 à 5 jours.

Dans deux cas, présentant cliniquement l'aspect d'angines diphtéritiques graves, intenses, et terminées par la mort, au bout de 6 et 7 jours lesensemencements n'ont donné que des streptocoques, associés avec des variétés microbiennes plus ou moins nombreuses.

Sur 12 cas d'angines post-scarlatineuses, une seule fois il y avait le bacille de Löffler, 11 fois des streptocoques; 2 enfants sont morts et dans aucun des 12 cas le larynx n'a été touché (19 trachéotomies sur les 86 diphtéritiques vrais).

Les lésions viscérales, étudiées notamment sur le foie et le rein, consistent essentiellement dans une dilatation très marquée du système vasculaire sanguin, avec altérations des cellules parenchymateuses, comme dans les maladies infectieuses.

C'est à des microbes associés, et notamment aux streptocoques, qu'il faut rapporter les suppurations ganglionnaires et les broncho-pneumonies.

H. LEROUX.

II. — Les expériences de Wilson l'ont conduit aux résultats suivants : Dans les cas ordinaires de diphtérie, une exsudation grisâtre et mince précède la formation de la fausse membrane. C'est dans cette exsudation que réside le microbe pathogène. Quand on l'ensemence sur gélatine, on voit se produire une dépression cupuliforme, avec liquéfaction de la gélatine et dépôt d'une matière de couleur orangée. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une culture pure d'un petit microcoque.

L'inoculation de cette culture à des pigeons, développe chez eux la vraie diphtérie, avec paralysie secondaire. La culture se développe mal dans les milieux acides, très bien dans les milieux alcalins : elle s'arrête sous l'influence de l'acide borique, du salicylate de soude, de l'eau oxygénée, de l'acide chlorhydrique, du perchlorure de fer, et du sublimé à 1/500 : elle n'est point influencée, au contraire, par le chlorate de potasse, ni le permanganate.

L'auteur conteste au bacille de Loeffler la qualité de provoquer la vraie diphtérie.

H. R.

III. — Dans une précédente communication, Prudden n'avait pas rencontré le bacille de Loeffler sur 24 cas de diphtérie. Cette fois, sur 12 cas, il l'a trouvé 11 fois, presque toujours associé à d'autres micro-organismes. Ainsi dans 21 des premiers cas, le streptocoque existait. Dans les 11 derniers, il existait à la fois du streptocoque et du staphylocoque.

DUFLOCQ.

IV. — Haushalter a cherché la réalité de l'origine de la diphtérie chez les gallinacés. Il considère que les poules ont des fausses membranes produites par un microbe spécifiquement différent de celui de Loeffler : il se développe à une température plus basse (18°), pénètre dans le sang des animaux en expérience, et est moins virulent que le bacille de Loeffler. Mais il est vraisemblable que les gallinacés peuvent contracter la vraie diphtérie humaine, d'où la nécessité d'isoler et de détruire toutes les volailles infectées de cette maladie.

LEFLAIVE.

V. — Outre le bacille de Loeffler, que Klein a constamment rencontré dans les fausses membranes, il a trouvé dans la moitié des cas un organisme qui ne se développe pas sur la gélatine à la température ordinaire. Ce pseudo-bacille de la diphtérie meurt rapidement dans ses cultures; tandis que le vrai bacille diphtérique garde son activité pendant 18 mois. Mais à l'état frais il est virulent, développe des fausses membranes et produit un poison chimique au lieu de l'inoculation.

H. R.

VI. — Klein inocule deux vaches laitières avec une culture de bacille diphtérique provenant d'une fausse membrane de croup. Le 3^e jour apparaît au point inoculé un gonflement contenant une sérosité sanguinolente. Le 4^e jour des vésicules se voient sur les trayons de la mamelle, et les jours suivants, ces vésicules suppurent et se recouvrent de croûtes. Cette évolution ulcéro-crustacée dure pendant une huitaine. Or, la lymphe de ces vésico-pustules renferme en abondance le bacille de la diphtérie, susceptible d'être cultivé et inoculé. Le lait recueilli sur ces vaches en contient également, quoique en quantité moindre : mais le microbe pullule rapidement si le lait est gardé quelques heures à la température de 19° à 20°. Des chats nourris avec ce lait infecté contractèrent la diphtérie et la donnèrent, par contagion, à d'autres chats placés dans le même local, qui eurent des fausses membranes et de l'angine.

H. R.

VII. — Sur 8 cas de diphtérie primitive, l'examen micro-biologique révéla la présence du bacille de Loeffler, et les cultures furent toutes positives. Ce bacille fut toujours détruit par l'exposition à une température de 58°. Des cobayes inoculés avec les cultures succombèrent dans un délai de 1 à 5 jours, mais sans généralisation : le bacille ne fut trouvé qu'au point d'inoculation. Les lapins, qui résistent mieux, survécurent de 5 à 20 jours et présentèrent de la paralysie du train de derrière, et dans quelques cas du tremblement et de l'irrégularité de la respiration. Semée sur la muqueuse trachéale précédemment raclée, les cultures produisirent une trachéite pseudo-membraneuse avec de l'œdème concomitant. Dans quelques cas de contrôle (amygdalite, pharyngite et dans un cas d'angine couenneuse qu'on avait soupçonnée d'être de la diphtérie, le bacille de Loeffler ne fut pas rencontré.

L'association du streptocoque au bacille de Lœffler est fréquente, mais non constante : une partie des complications inflammatoires de la diphthérie reconnaît pour cause une infection secondaire due aux microbes pyogènes.

H. R.

I. — Die Verbreitung von Diphtherie und Croup in Preussen in den Jahren 1875 bis 1887, par A. KALISCHER (*Deutsche Medicinal-Ztg.* 1890 et *Hygienische Rundschau*, I, 182, 1^{re} mars 1891).

II. — Diphthérie et gangrène, par GIRODE (*Revue de médecine*, 10 janvier 1891).

III. — Bulbar crises of diphtheritic paralysis occurring in children, par GUTHRIE (*The Lancet*, 18 et 25 avril 1891).

I. — Dans les douze années comprises de 1875 à 1886, la diphthérie a causé en Prusse 539,901 décès, ce qui représente une mortalité de 165 par cent mille habitants; cette mortalité est beaucoup moindre dans la moitié occidentale (97) que dans la moitié orientale du pays (214). Dans la moitié occidentale, les diverses provinces présentent une mortalité peu différente les unes des autres, à part le Schleswig qui occupe un rang privilégié (79). Dans la moitié orientale, en revanche, on peut distinguer trois zones : la méridionale formée par la Silésie avec une mortalité de 126, la centrale (Posen, Brandebourg et Saxe), dont la mortalité oscille de 180 à 196, et la septentrionale (Poméranie, Prusses orientale et occidentale) qui a une mortalité comprise entre 258 et 378 par cent mille vivants. Si l'on envisage les divers districts administratifs, on voit que les deux extrêmes de mortalité diphthéritique se trouvent être aux frontières nord-est (Gumbinnen, 409) et nord-ouest (Aurich, 67).

La mortalité par diphthérie est plus grande dans les campagnes que dans les villes; il n'y a d'exception que pour une seule province, la Westphalie et pour sept districts administratifs groupés à l'extrémité nord-ouest de la Prusse.

98,6 0/0 des décès de diphthérie s'observent avant l'âge de 15 ans. Chez les enfants de 3 à 5 ans, la diphthérie cause presque le tiers des morts; mais relativement au nombre des vivants de chaque âge, ce sont les enfants de 2 ans qui comptent le plus de victimes. Jusqu'à l'âge de 10 ans, l'excédent de mortalité dans les campagnes ne dépasse pas 50/0.

Kalischer admet l'influence du climat sur la mortalité de la diphthérie en Prusse.

J. B.

II. — Girode rapporte les observations de deux malades chez lesquels existaient à la fois des manifestations diphthéritiques et gangréneuses. L'un atteint de diphthérie de la gorge, du larynx et de l'arbre trachéo-bronchique, succomba brusquement à l'occlusion de la glotte par une fausse membrane. Il existait en outre chez ce malade une ulcération gangréneuse occupant les amygdales et la luette; l'artère carotide interne droite, presque en contact avec le fond de l'ulcération amygdalienne térébrante, était atteinte d'artérite oblitérante.

Le second malade était un égouttier qui, au niveau d'une plaque gangréneuse du mollet gauche, fut atteint secondairement de diphthérie. Les fausses membranes grisâtres, épaisses, adhérentes et consistantes mirent une semaine environ à s'éliminer. A quelque temps de là apparut une paralysie du voile du palais et du pharynx, suivie bientôt d'affaiblissement des membres inférieurs avec incoordination ataxiforme et obtusion de la sensibilité.

Girode profite de ces deux faits pour montrer que la diphtérie gangréneuse n'est pas aussi rare qu'on semblait l'admettre il y a quelques années. Après avoir rappelé la distinction établie par Bretonneau entre les angines diphtéritiques et les angines gangréneuses, et les réserves formulées dans certains cas par les médecins d'enfants en particulier, il montre que ces deux processus, avec les données microbiologiques actuelles, peuvent parfaitement s'expliquer. Que la gangrène débute ou soit consécutive, il y a dans les deux cas infections surajoutées, mais distinctes dans leur essence.

C. GIRAudeau.

III. — Guthrie, en six ans, a vu au cours de paralysies diphtéritiques 29 cas de crises bulbaires. Ces crises surviennent ordinairement dans la seconde ou la troisième semaine; elles sont annoncées par une apathie, une immobilité toute spéciale de l'enfant. La respiration devient suspicieuse, la voix saccadée. La crise une fois déclarée, l'inspiration est forcée, profonde, l'expiration courte et faible, les voies respiratoires sont pleines de mucosités. Le pouls, d'abord normal, s'accélère. Cette accélération qui peut être telle que le pouls est incomptable, précède de peu l'apparition des symptômes graves de suffocation. L'enfant résiste ordinairement à la première crise, mais reste très épuisé; il a d'ordinaire toute une série d'autres crises. La mort sur les 29 malades n'est toutefois survenue que 8 fois. Elle est due soit à la syncope, soit à l'asphyxie par les mucosités des voies aériennes. Pour prévenir les crises il faut imposer un repos absolu au lit pendant les six premières semaines de la paralysie diphtéritique. Quand elles seront déclarées, on les combattra par des injections sous-cutanées de strychnine et d'atropine.

A.-F. PLICQUE.

Contribution à l'étude clinique et bactériologique du choléra nostras, par GILBERT et GIRODE (Soc. méd. des hôpitaux, 6 février 1891).

Ce travail repose sur quatre cas dont deux terminés par la guérison, deux par la mort, dont l'un au troisième jour de la maladie, l'autre au bout de trois semaines. Dans ce dernier fait, il s'agit d'un homme de 35 ans qui, les 7 et 8 septembre, très altéré par son travail, but trois à quatre litres d'eau de Seine, fut pris dans la nuit de coliques avec diarrhée (30 selles) et de vomissements, avec crampes, refroidissement, voix éteinte, etc.; le 12, à son entrée à l'hôpital, il avait l'apparence cholérique très prononcée, cyanose de la face et des extrémités, algidité, hoquet, quatre à cinq selles riziformes, urines rares, crampes très vives à l'épigastre, au cœur.

Il y eut le 15 et le 16 une amélioration avec selles vert bouteille, puis le 21 une éruption presque généralisée, avec confluence au niveau des pommettes, des oreilles, des aisselles, du sternum, des épaules, des fesses et des genoux. Elle consistait en maculo-papules rondes, larges de quelques millimètres avec centre purpurique, zone moyenne d'aspect urticarien, et limbe périphérique érythémateux franc. Le 22, l'éruption s'accroissait comme intensité, et formait par places de grands placards à contours polycycliques; en quelques jours l'éruption pâlit laissant une desquamation écailleuse; en même temps le malade devenait prostré, et une poussée de pleuropneumonie, compliquée de pericardite, amenait la mort du malade le 1^{er} octobre.

La courbe thermique rectale a oscillé du 8 au 19 entre 35° et 36°; le 20 et le 21, elle a atteint 39°, le 22 et 23 est restée normale à 37°, à partir du 24 a oscillé entre 38 et 39°.

À l'autopsie, on trouve l'intestin affaissé, couleur rose, hortensia ou brune, suivant les endroits, les vaisseaux du mésentère gorgés de sang, les folli-

cules clos hypertrophiés, toute la muqueuse avec un fin tacheté hémorragique. Dans le gros intestin et l'estomac suffusions sanguines dans et sous la muqueuse. Rate et foie augmentés de volume. Reins de couleur brune, injectés. Le poulmon gauche contient des noyaux de broncho-pneumonie, avec ecchymoses sous-pleurales; le poulmon droit présente une hépatisation grise de tout le lobe inférieur. Péricardite fibrineuse. L'examen histologique de l'intestin montre l'injection des vaisseaux, des extravasations sanguines, l'hypertrophie des follicules clos.

Les auteurs ont pratiqué dans trois cas des recherches bactériologiques; dans le premier et le troisième fait les selles seules ont été étudiées, et ont fourni des cultures presque pures du bacille d'Escherich (*bacterium coli commune*). Dans le quatrième cas, sept prises de selles riziformes ou aqueuses, ou verdâtres, ont été effectuées, et six fois il y a eu des cultures pures de ce bacille; une fois seulement il y avait en outre quelques rares colonies d'un coccus ne liquéfiant pas la gélatine. Dans ce dernier cas, quelques gouttes d'exsudat retiré du poulmon hépatisé deux jours avant la mort, du sang retire une heure après la mort du poulmon, du foie, de la rate, du liquide pleural, et à l'autopsie le suc du poulmon droit, et le liquide céphalorachidien ont servi à desensemencements qui tous ont donné des cultures du bacille d'Escherich, pures et nombreuses pour les liquides pleural et céphalorachidien, rares pour le sang des viscères, associés pour le suc pulmonaire avec le pneumocoque de Talamon et le staphylocoque.

Ces faits prouvent que le bacille d'Escherich n'est pas toujours inoffensif; on peut supposer qu'il acquiert des propriétés pathogènes, ou dans l'organisme, ou dans l'eau qui en contient de grandes quantités; dans le quatrième cas, c'est cette dernière hypothèse qui semble la plus vraisemblable.

Les auteurs ont pu reproduire un choléra nostras expérimental en faisant ingérer à deux cobayes 2 centimètres cubes et demi d'un bouillonensemencé avec le bacille d'Escherich extrait de selles riziformes: les cobayes sont morts au bout de quelques semaines, porteurs de lésions congestives des organes abdominaux, et le contenu de l'intestin, le sang du foie et de la rate ont donné des cultures pures du bacille d'Escherich.

Une étude comparative de bouillonsensemencés l'un avec le bacille extrait de selles normales, l'autre avec le bacille extrait de selles cholériques, a montré que ce dernier seul possédait des propriétés infectieuses, et a amené la mort du cobaye intoxiqué.

H. L.

Ueber Kakke (Beri-Beri) auf Hokkaido, par GRIMM (*Deutsche med. Woch.* n° 43, p. 948, 1890).

Dans Hokkaido, qui est l'île la plus septentrionale de l'empire du Japon, le kakke est devenu endémique; il sévit surtout pendant les mois de juillet et août et frappe spécialement la partie la plus misérable de la population: les pêcheurs et les mineurs.

L'influence des races est évidente. Les habitants primitifs de l'île ou Ainos sont généralement épargnés, de même que les Européens, les Américains et même les Japonais venus de l'île mère, comme prisonniers par exemple.

Les jeunes enfants ne contractent jamais le kakke; le plus jeune malade observé par l'auteur avait 10 ans. Sur 485 cas vus pendant l'année 1889, il y en avait 107 de 10 à 20 ans, 195 de 20 à 30 ans, 97 de 30

à 40 ans, 45 de 40 à 50 ans. Sur les 485, on ne comptait que 100 femmes.

Sur 77 malades hospitalisés à Sapporo, 13 sont morts. Ce chiffre de mortalité (16 0/0) est inférieur à celui que donne le kakke dans certains districts de l'île, où la mortalité dépasse 30 0/0.

L. GALLIARD.

Selbständigkeit des Fiebers beim acuten und chronischen Rheumatismus (Constance de la fièvre dans le rhumatisme aigu et chronique), par KÄHLER (*Zeitsch. für klin. Medicin*, XIX, p. 1).

De même que le rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme chronique s'accompagne de fièvre à exacerbations vespérales, plus ou moins intense, mais constante. Toutefois cette fièvre est beaucoup moins modifiée par le traitement salicylique que celle du rhumatisme articulaire aigu. Son existence clinique est importante à connaître pour l'interprétation de bien des états fébriles, obscurs et inexplicables. A.-F. PLICQUE.

Ein seltener Fall von hyperpyretischer... (Cas rare de rhumatisme articulaire hyperpyrétique sans complications cérébrales), par G. ROSENTHAL (*Deutsche med. Woch.*, n° 11, p. 395, 1891).

Un homme de 31 ans se plaint de violentes douleurs à la hanche gauche, où l'on trouve de la rougeur et du gonflement; on lui donne de l'acide salicylique. Les jours suivants le rhumatisme se généralise, la température axillaire ne dépassant pas 39°. Insomnie; rien de spécial à noter.

Le 12 janvier (une semaine après le début de la maladie) la température s'élève à 40°, il y a de la dyspnée, des sueurs profuses; P. 130. Pas de délire.

A dix heures du soir, 41° dans l'aisselle; grande faiblesse, pas de manifestation cérébrale, glace sur la tête, enveloppement dans des linges mouillés. A minuit et demi, 42°,7; à une heure et demie, au moment de la mort, on note 41°,2 dans l'aisselle. On a noté 180 pulsations vers une heure.

Le malade n'a perdu connaissance que pendant les dernières heures de la vie. Il n'y a pas eu de délire.

L. GALLIARD.

Untersuchungen über die Aktinomykose des Menschen, par BOSTROEM (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, IX, 1).

Ce travail fort étendu est divisé en quatre parties. Dans la première, l'auteur rapporte 12 observations d'actinomykose classées suivant le point de pénétration du parasite. Nous ne pouvons que les énumérer brièvement. — A) Pénétration du parasite par la bouche, le pharynx et l'œsophage: sous cette rubrique une observation a trait à l'actinomykose de la mâchoire supérieure et des joues, quatre à celle de la mâchoire inférieure, une à celle du cou et trois à celle de la colonne vertébrale, du médiastin et du thorax. — B) Pénétration par les voies respiratoires: une observation où la localisation primitive siègeait dans le parenchyme pulmonaire et où il y eut propagation à la paroi thoracique. — C) Pénétration par le tube intestinal; deux observations.

Dans la seconde partie, il étudie longuement la morphologie et les propriétés biologiques de l'actinomyces. C'est un champignon ramifié dont les cellules de plus en plus courtes à mesure que l'on s'approche des extrémités des filaments sont porteurs de petits corps arrondis en formes de microcoques; ce sont des spores. Les filaments toujours plus

ou moins contournés donnent des formes en spirille ou en spirochète. C'est donc une bactérie polymorphe. Les spores donnent naissance à des bactéries d'abord courtes, puis longues. Toutes les parties du champignon sont susceptibles de former des renflements terminaux ou massues, susceptibles de se détacher, la gelée qui les couvre se liquéfie et il se forme des digitations leur donnant l'apparence de pommes de pin ; mais ce ne sont pas là des indices de végétation, mais seulement de dégénérescence. L'actinomyces forme des colonies ou associations : les glandes. Quand sa croissance n'est pas gênée, ces glandes sont des sphères creuses, ouvertes en un point par où le lacis radiculaire de la colonie bourgeonne dans le tissu voisin. La surface de la sphère est formée par des filaments dichotomisés et par une accumulation de spores. Dans l'intérieur sont des filaments segmentés. Tout à fait en dehors se trouve la couche des massues dégénérées. A mesure que l'âge de la colonie avance, les filaments diminuent et la couche des massues augmente.

Souvent on trouve des filaments d'actinomyces dans des cellules migratrices dont le protoplasma dégénère et laisse les filaments en liberté. Il est probable, mais non prouvé, que c'est un mode de transport du parasite. — Dans les tissus, l'actinomyces provoque une vive réaction, la formation de tissu de granulation, qui se nécrobiose et amène la formation de foyers de ramollissement ; d'autre part, le tissu de granulation peut empêcher le développement du champignon, qui subit alors la dégénérescence ; le tissu de granulation s'organise alors en cicatrice. L'actinomyces ne donne lieu ni à des suppurations, ni à des métastases ganglionnaires.

La troisième partie contient les procédés d'inoculations de l'actinomyces aux animaux et l'exposé des moyens de culture, qui montrent ce végétal comme un champignon facultativement anaérobie. Desséché, il est susceptible de reprendre sa vitalité après un an et plus. Il faut retenir que les colonies artificiellement obtenues conservent la forme de sphère creuse avec ouverture pour le passage du lacis radiculaire.

Dans la quatrième et dernière partie, l'auteur expose ses vues sur l'étiologie de l'actinomycose. L'actinomyces pénètre dans l'organisme en même temps qu'une graine ou qu'un débris de graine de céréale infectée. C'est ce qui résulte de ses observations sur l'homme, et de 32 observations d'animaux malades. On arrive presque toujours, dit-il, à trouver le corps du délit, dans un foyer d'actinomycose, c'est-à-dire le fragment végétal à l'aide duquel a été introduit le parasite. Il donne à ce propos la description d'un grain d'orge infecté par l'actinomyces. C. LUZET.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

- I. — On the importance of gonorrhœa as a cause of inflammation on the pelvic organs, par G. Granville BANTOCK (*Brit. med. j.*, p. 749, 4 avril 1891).
- II. — Hématosalpingites consécutives à l'application d'un crayon de chlorure de zinc dans l'utérus, par ROUTIER (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, XVI, p. 599, 1890).
- III. — Nature de l'hématosalpinx, par H. WALTER (*Thèse inaugurale de Giessen*, 1890).
- IV. — A case of tubal pregnancy..., par Bland SUTTON (*Medico-chir. Transact.*, LXXIII, p. 55, 1890).
- V. — Ein Fall von gonorrhöischer Salpingitis, par Fritz DUMONT (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 6, p. 164, 15 mars 1891).
- VI. — On the treatment of chronic disease of the uterine appendages, par Alban DORAN (*Brit. med. j.*, p. 106, janvier 1891).
- VII. — De l'ouverture par la voie vaginale des collections purulentes salpingées et ovariennes, par BOUILLY (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, XVI, p. 500, 1890 ; *Discussion*, p. 503).
- VIII. — Relevé des opérations faites dans le service de Lourcine. Remarques sur les laparatomies pour le pyosalpinx, par POZZI (*Ibid.*, XVI, p. 774, 1890).

I. — Contrairement aux assertions de Nöggerath et de la plupart des gynécologistes, Bantock affirme que la blennorrhagie est une cause rare de métrite, et surtout de salpingite ou d'ovarite. L'erreur provient des recherches microscopiques, qui montrent dans le pus de la métrite et de la salpingite, un organisme identique au gonocoque. Mais cet organisme a été rencontré dans la suppuration chez des enfants de deux ans, non suspects de blennorrhagie, par Fränkel, et il est certain qu'il existe également chez l'adulte en dehors de la vaginite blennorrhagique. Au nom de la clinique, il n'accepte pas la fréquence de cette étiologie, qu'il n'a constatée que dans un très petit nombre de cas, et il cite l'opinion de Martineau qui ne l'avait rencontrée que 10 fois sur un total de près de 2,000 malades.

H. R.

II. — Routier a enlevé deux hématosalpingites à une femme de 37 ans, chez laquelle une application d'un crayon de chlorure de zinc, faite un an auparavant pour guérir une endométrite, avait amené l'oblitération complète de l'orifice interne du col utérin.

Pozzi, Segond, Reynier rapportent aussi des cas de rétrécissement de l'orifice interne, avec accidents dysménorrhéiques ou salpingites.

Polaillon n'a jamais observé de semblables accidents chez les femmes qu'il a soignées par l'application du crayon de chlorure de zinc et qu'il a pu suivre pendant un certain temps.

C. WALTHER.

III. — Walter s'élève contre la théorie actuellement régnante, que toutes les hémorragies tubaires sont liées à une grossesse extra-utérine. Anatomiquement ceci ne peut être prouvé que quand on trouve soit le corps du fœtus, soit des viscosités choriales. Dans deux cas soigneusement étudiés par lui, il n'a pu constater que des signes d'inflammation suraiguë de la trompe. Celle-ci peut être assez considérable pour provoquer une diapédèse hémorragique dans la cavité de la trompe. Ces hématosalpinx d'origine purement congestive et inflammatoire sont aussi fréquents que les autres.

H. R.

IV. — Le point intéressant de la communication de Bland Sutton est la présence dans la trompe d'un œuf apoplectique. Il s'agissait d'une femme qui, au bout de dix-sept ans de mariage, n'avait jamais été enceinte : sa première conception fut une grossesse tubaire avec rupture de la trompe et hémato-cèle pelvienne. L'opération fut faite et la malade guérit.

La présence d'un œuf apoplectique explique le mécanisme des ruptures précoces de la trompe, par le développement rapide que prend l'œuf distendu par le sang. Cet accident, quand il se produit dans l'utérus, détermine toujours une hémorragie profuse à l'avortement : à plus forte raison en est-il de même dans la trompe. L'auteur rapporte un autre cas semblable, et pense que les choses se passent ainsi lorsque l'on trouve la trompe rompue sans rencontrer d'embryon ni de membranes ovulaires. L'hémorragie a d'abord été intra-embryonnaire.

H. R.

V. — Femme de 22 ans, accouchée il y a trois ans ; bien portante, à part un peu de leucorrhée jusqu'en juin 1890, où immédiatement après une injection au sublimé, elle fut prise de violents élancements dans le côté gauche du ventre. Les menstrues suivantes furent profuses, prolongées et s'accompagnèrent d'une exacerbation des douleurs. Puis survinrent des vomissements ; la défécation était extrêmement douloureuse. En septembre, dilatation du col avec laminaire, suivie pendant deux ou trois jours de l'issue de lambeaux et d'un écoulement purulent, fétide. Dès lors, les douleurs, au lieu d'être continues, reviennent par accès pendant lesquels la malade devait garder le lit.

Le mari est atteint de blennorragie. Au niveau de la région ovarienne gauche, induration mobile très douloureuse à la palpation. Utérus petit rétrofléchi, un peu refoulé à droite. Ovaire droit volumineux. Par le toucher vaginal, tumeur du côté gauche correspondant à l'induration extérieure, très douloureuse et dépassant le volume d'un œuf de pigeon.

Diagnostic : Salpingite gauche, consécutive à l'introduction de sécrétion blennorragique amenée par l'injection faite en juillet.

Laparotomie le 28 novembre sur la ligne médiane. Après section des parois abdominales et hémostase, le péritoine est incisé et les intestins qui se présentent sont maintenus dans une compresse imbibée de la solution salée physiologique. Impossible de découvrir l'ovaire gauche. La tumeur lisse adhère à une anse grêle ; on l'isole. Dans le ligament large gauche, où perçoit, près de l'utérus, une autre tumeur grosse comme un œuf de pigeon aussi, et qu'on laisse en place. La trompe droite est saine. Excision de la trompe gauche.

Guérison sans accidents, la température ne dépassant pas 37,6.

Au moment de la sortie de l'hôpital, on constate que l'exsudat du ligament large a complètement disparu et le ventre n'offre plus de sensibilité. La tumeur enlevée a la structure de la trompe. Malgré qu'on n'ait pu trouver de gonocoques, Dumont maintient son diagnostic de salpingite blennorragique.

J. B.

VI. — Revue bien faite des divers procédés de traitement de la salpingite. L'auteur passe en revue l'influence du repos, du massage et de

l'électricité qui donne des résultats médiocres : il n'est pas non plus partisan du curetage, qui réveille l'inflammation des trompes. Le cathétérisme des trompes et leur ponction vaginale sont des opérations théoriques et incomplètes, d'une exécution difficile et d'une efficacité douteuse. L'oophorectomie est la meilleure opération et celle qui, actuellement, est la plus inoffensive. Pourtant, sans enlever l'ovaire et les trompes, l'auteur pense que la définition des adhérences et le drainage consécutif de la région périutérine suffisent à guérir dans certain cas où la trompe n'est pas gravement malade. Sa conclusion est qu'il faut éviter autant que possible l'ablation totale des annexes. On est presque toujours obligé de recourir à l'opération radicale quand la maladie est de vieille date ; mais quand on est consulté de bonne heure, il est souvent possible de conserver les organes.

H. R.

VII. — Bouilly rapporte six observations d'incision par le vagin de collections purulentes plus ou moins élevées, situées sur les côtés ou en arrière de l'utérus et ayant manifestement leur siège dans la cavité d'une trompe ou dans le tissu de l'ovaire.

Dans tous ces cas, l'intervention a donné un succès complet.

Les indications de cette ouverture par le vagin sont :

La constatation nette de la collection par la palpation et le toucher combinés et la possibilité d'amener la poche au contact du doigt vaginal.

La fluctuation nettement perçue dans une poche unique non cloisonnée, unilatérale.

L'augmentation rapide de la tumeur par une poussée aiguë dans une ancienne salpingite ; la fièvre, l'état d'épuisement donnant peu de chances de succès à une laparotomie.

L'opération restera toujours une opération de nécessité exceptionnelle en comparaison de l'ablation par la voie abdominale, méthode de choix.

L'anesthésie est nécessaire. En un point, rénitent, et mieux, fluctuant, en dehors de l'artère vaginale qui bat souvent avec force sur le doigt, le col utérin étant fixé et abaissé, on enfonce un trocart qui sert de conducteur et indique nettement la pénétration dans la collection. Sur le trocart, le bistouri incise le vagin et la collection dans l'étendue d'un centimètre et demi environ à droite et à gauche.

La ponction et l'incision doivent être faites de préférence à la limite du cul-de-sac latéral et du cul-de-sac postérieur ; elles ne peuvent en ce point blesser ni la vessie ni le rectum.

La poche est largement lavée, puis drainée avec un gros drain qui déborde de 3 centimètres dans le vagin.

Le pansement qui consiste en un tamponnement à la gaze iodoformée est renouvelé tous les trois ou quatre jours.

C. WALTHER.

VIII. — Pozzi a fait vingt-six laparotomies pour pyosalpinx ou pour ovarites suppurées ; ces vingt-six opérations ont donné une mort ; soit une mortalité d'un peu moins de 4 0/0.

Pozzi recommande de faire à la paroi abdominale une incision très petite, dépassant rarement 10 centimètres. Le décollement des adhérences fait suivant un « plan de clivage » est fait avec la main, et n'est pas d'ordinaire contrôlé par la vue.

Il faut être prévenu de la fréquence et de l'étendue des adhérences intestinales.

Les trompes sont toujours excisées le plus près possible de la corne utérine, et le pédicule est cautérisé au thermocautère.

Le drainage, rarement employé, consiste simplement dans une double lanière de gaze iodoformée. Dans les cas où le péritoine a été largement lacéré ou souillé et aussi dans ceux où il faut le protéger contre l'infection d'une paroi d'abcès restée adhérente, Pozzi pratique le tamponnement antiseptique avec la gaze iodoformée, selon le procédé de Mikulicz.

La restauration de la paroi abdominale est faite par un premier surjet de catgut sur le péritoine, un second surjet sur les muscles et les aponeuroses, puis par deux ou trois points de suture profonde à la soie pour la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, enfin un surjet de catgut ne comprenant que la peau.

C. WALTHER.

Einige Punkte in der pathologischen Anatomie... (Quelques points sur l'anatomie pathologique des trompes de Fallope), par HAULTAIN (*Centrabl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, n° 23, 1^{er} novembre 1890).

Une des déformations les plus fréquentes des trompes est leur torsion, pouvant amener l'oblitération de leur lumière. Cet état donne l'explication de certains cas de stérilité. Lorsqu'il coexiste des altérations inflammatoires, celles-ci sont secondaires. Dans cette torsion produisant une déformation angulaire, le péritoine n'est pas entraîné. La torsion est congénitale ou secondaire à une subinvolution postpuerpérale. On l'a constatée chez le fœtus ; elle est surtout fréquente à la suite d'une grossesse et s'explique par la non-involution normale des tissus hypertrophiés pendant la grossesse. La torsion s'opère facilement par suite de l'état lâche du tissu qui unit la trompe au péritoine.

Cette torsion donne aussi l'explication du pyo et de l'hydrosalpynx enkystés, et la raison de l'aspect de la lésion en pareil cas. P. TISSIER.

Des tumeurs incluses dans les téguments larges, par LASSALE (*Brochure Paris, 1891*).

Toute tumeur qui occupe la cavité virtuelle des ligaments larges et qui a tendance à les dédoubler, est une tumeur incluse ; tantôt ces tumeurs prennent naissance dans la cavité elle-même, tantôt elles n'y arrivent que secondairement. Les variétés en sont donc nombreuses ; cependant elles sont justiciables des mêmes considérations ; aussi l'auteur a-t-il pris comme type de sa description les fibromes et les kystes.

De l'étude anatomo-pathologique qu'il en donne, il conclut que ces tumeurs contractent, avec des organes quelquefois éloignés, des rapports qui deviennent de plus en plus intimes, compriment ces organes, les déplacent et provoquent une hypertrophie considérable de tout l'appareil musculaire.

Cliniquement, aucun signe pathognomonique ne peut être relevé ; c'est donc en se basant sur les signes rationnels (troubles de compression de la vessie, des uretères, de l'utérus, de l'intestin ou des nerfs) et sur les signes physiques que l'on arrivera à soupçonner l'inclusion de la tumeur.

Ajoutons toutefois que, dans quelques cas, ce diagnostic ne peut être fait qu'au moment de l'opération, et que, par exception, il peut être impossible de se prononcer lors de cette dernière.

Le diagnostic de ces tumeurs doit être discuté avec celui des collections enkystées des trompes, de la grossesse extra-utérine, de l'hématocèle, des noyaux inflammatoires péri-utérins, de la rétroflexion de l'utérus gravide et des tumeurs de l'os iliaque.

Quant au traitement, il est superflu de songer à un traitement médical, et il n'y a pas à compter sur le traitement palliatif consistant en ponction et en injection iodée, réserve faite toutefois, relativement à la ponction, pour les kystes para-ovariens.

C'est à l'extirpation que l'on doit avoir recours comme méthode générale. Elle sera complète, autant que possible, en drainant ou non la plaie, suivant qu'elle sera ou ne sera pas étendue et profonde ; si l'on reconnaît que cette ablation totale est impossible ou dangereuse, on ne fera qu'une extirpation partielle, suivie de fixation à la paroi abdominale et de drainage.

OZENNE.

Étude comparative des différents traitements du prolapsus utérin, par VATON (*Broch. Paris, 1890*).

Dans cette étude, Vaton décrit un procédé d'hystéropexie extra-péritonéale qu'il a mis en pratique sur le cadavre. Les téguments étant incisés sur la ligne médiane jusqu'au péritoine, et la vessie étant remplie d'eau on décolle le péritoine d'abord de la face postérieure de cet organe, puis de la paroi antérieure de l'utérus jusqu'à son fond. On vide alors la vessie, et l'utérus étant saisi, on le fixe à la paroi abdominale par plusieurs points de suture sans ouvrir la cavité péritonéale.

OZENNE.

I. — Ueber secundäre Uterusblutungen, par CZEMPIN (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 13, p. 338, 30 mars 1891).

II. — Même sujet, par BRÆSE (*Ibidem*).

I. — Sous le nom de métrorragies secondaires, Czempin décrit celles qui relèvent d'une cause extérieure à l'utérus. Les hémorragies utérines secondaires peuvent être physiologiques, puisque les menstrues sont sous la dépendance des ovaires.

Les affections des annexes de l'utérus peuvent, comme l'ovulation, produire une irritation de la muqueuse utérine qui se traduit par une hémorragie, dont l'origine est souvent méconnue ; ce sont surtout les inflammations aiguës, récentes, qui y donnent lieu. Mais les inflammations subaiguës et les nouvelles poussées d'affections chroniques des ovaires, des trompes, des ligaments larges et du péritoine pelvien, peuvent avoir les mêmes effets et provoquer des métrorragies inquiétantes, soit par leur abondance, soit par leur longue durée. Leur intensité est souvent sans rapport avec celle de l'affection causale ; c'est surtout le cas pour les maladies des ovaires. Il n'est pas rare que l'ovarite subaiguë entraîne des hémorragies utérines, avant de s'être révélée par ses symptômes propres.

D'autrefois, les affections chroniques des annexes, sans subir de nouvelles poussées, entraînent des troubles menstruels ; les règles sont en

avance, revenant toutes les 2 ou 3 semaines, ou bien deviennent de véritables ménorragies.

Les hémorragies utérines secondaires sont relativement fréquentes. Czempin en a trouvé 1 cas sur 20 maladies des femmes. 11 fois elles étaient dues à des tumeurs des ovaires ; 5 fois à des ovarites et salpingites chroniques ; 4 fois à des poussées de phlegmon chronique des ligaments larges et 1 fois à une tuberculose tubo-ovarienne.

Au point de vue thérapeutique, le curetage utérin est contre-indiqué et peut même être nuisible. Le meilleur traitement de ces métrorragies est le tamponnement vaginal quotidien à l'aide de gaze iodoformée, combinée au traitement convenable de l'affection des annexes. Contre les anomalies menstruelles, l'extrait d'hydrastis (3 doses quotidiennes de 25 à 30 gouttes) fournit de bons résultats quand on commence à l'administrer de 10 à 12 jours avant l'époque et qu'on le continue pendant toute sa durée.

II. — D'après l'expérience de Broese, ce sont les courants galvaniques qui constituent le meilleur procédé de cure des métrorragies secondaires, au sens de Czempin. Il a renoncé au curetage après en avoir constaté les mauvais effets sur l'affection des annexes, cause de l'hémorragie utérine. C'est le pôle positif qu'on introduit dans l'utérus. Mais, pour recourir à la galvanisation, il faut attendre la cessation des phénomènes aigus, sinon on détermine une exacerbation inflammatoire. Les courants galvaniques sont également contre-indiqués quand il y a suppuration des annexes.

J. B.

De l'action des antiseptiques sur le péritoine, par DELBET et de GRANDMAISON
(*Ann. de gyn., janvier, février et mars 1891*).

Contrairement à l'opinion ancienne, les séreuses, et en particulier le péritoine, ont une très grande puissance de destruction des microbes. Il ne semble pas que cette résistance provienne de la phagocytose, mais plutôt de la sécrétion d'une substance toxique par les microbes. Il s'ensuit que l'introduction dans la cavité péritonéale d'une substance capable de modifier la vitalité de l'endothélium peut faciliter l'infection microbienne. L'emploi des antiseptiques dans ce cas possède donc une action favorable en détruisant les microbes, défavorable en diminuant la résistance qu'oppose à leur action le revêtement cellulaire de la séreuse.

Les altérations produites par les antiseptiques sur les cellules endothéliales du péritoine sont caractérisées au 1^{er} degré par la rétraction angulaire de ces éléments, au 2^e degré par leur rétraction angulo-marginale, au 3^e degré par leur transformation granuleuse, puis par leur fragmentation qui s'accomplit par groupes, au 4^e degré par leur desquamation.

Tous les antiseptiques énergiques, même à doses faibles, l'acide phénique, le sublimé, le biiodure de mercure, l'acide salicylique altèrent notablement les cellules endothéliales du péritoine. Ces résultats justifient le précepte opératoire qui semble se généraliser dans la pratique de la laparotomie : antiseptie avant, aseptie pendant.

La solution de Rotter est moins destructive.

L'acide borique, au contraire, ne produit que des lésions nulles et insignifiantes. Il altère moins que la solution aqueuse de chlorure de sodium

qui, elle-même, altère moins que l'eau distillée pure. Il y aurait donc avantage à employer les solutions boriquées dans les laparotomies.

L'iodoforme et le salol ne paraissent pas altérer le péritoine. On peut abandonner dans le péritoine des quantités énormes de salol, sans inconvénient. Il ne s'élimine par les urines qu'avec une très grande lenteur et il se répand d'une façon si régulière dans toute la cavité abdominale que la recherche avec les réactifs devient très difficile, mais il est impossible d'apprécier sa valeur antiseptique.

L'exposition du péritoine à l'air et les frottements modérés, comme on le fait dans le cours de la laparotomie, ne déterminent pas de modifications importantes de l'endothélium péritonéal.

PORAK.

Large extraperitoneal dermoid cyst... (Kyste dermoïde opéré par la voie péritonéale), par Frederick PAGE (*Brit. med. journ.*, p. 406, 21 février 1891).

Femme de 47 ans, ayant eu 7 grossesses, toutes suivies d'accouchements difficiles. Depuis 20 ans, elle s'est aperçue de la présence d'une tumeur sous-ombilicale qui graduellement s'est développée : simultanément, sécrétions fétides vaginales. On constate à l'inspection, une tumeur sus-pubienne arrondie, derrière laquelle se sent une volumineuse masse peu mobile occupant le petit bassin. L'exploration vaginale et rectale montre que cette masse est placée entre l'utérus et le rectum et fait bomber le périnée. Ponction exploratrice par le rectum, qui ramène de la matière séreuse et un cheveu, et fixe ainsi la nature dermoïde de la tumeur. Cette ponction est suivie de fièvre et de frisson, avec état général grave : aussi doit-on précipiter l'opération à cause de l'inflammation du périnée.

Incision semi-lunaire de 6 pouces de long entre l'anus et le coccyx, prolongée jusqu'au kyste, que l'on vide progressivement avec une curette. Puis énucléation à l'aide des doigts, par décollement : hémorragie insignifiante. Drainage et injection antiseptiques : guérison. L'auteur pense que ce kyste dermoïde avait pris naissance dans le ligament large.

H. R.

Four cases of axial rotation of ovarian tumors with subsequent strangulation, par Lawson TAIT (*Brit. med. j.*, p. 529, 7 mars 1891).

Voici quatre faits de rotation du pédicule ovarien :

1^o Femme de 61 ans, atteinte depuis dix ans d'un kyste du volume d'un utérus gravide de six mois, indolent et mobile. Brusquement, douleurs atroces. Symptômes de péritonisme, fièvre; on constate que la tumeur a doublé de volume. Tait diagnostique une rotation de la tumeur sur son axe et un épanchement sanguin intra-kystique. Opération le jour même. On trouve le kyste plein de sang et le pédicule tordu, en voie de se gangréner. Guérison.

2^o Femme de 78 ans, portant un kyste indolent depuis trois ans : signes de péritonite depuis quarante-huit heures. Opération immédiate. On trouve un volumineux kyste, étranglé et livide, plein de sang et de pus, avec un pédicule tordu deux fois sur lui-même. Excision. Guérison sans accident.

3^o Femme de 49 ans : début d'un kyste en 1890, uniloculaire et semblant parovarien. Opération le 17. On trouve, le kyste diagnostiqué, mais plein de sang coagulé, en partie gangrené, d'une teinte verdâtre : le pédicule était tordu cinq fois sur lui-même comme un cordon ombilical. Guérison. La tumeur n'avait jamais été douloureuse.

4^o Femme de 58 ans. Douleurs depuis onze semaines, accroissement rapide d'une tumeur de la région lombaire. On diagnostique une tumeur du rein, associé avec un kyste ovarique. L'opération montre que la tumeur ovarique s'é-

tendait du bassin à l'ombilic, plein de pus. A droite, l'ovaire droit formait la tumeur supposée rénale. C'était un kyste multiloculaire non rempli de sang, bien que le pédicule fût tordu six fois sur lui-même. Guérison. H. R.

Cancer végétant du mésentère ; kyste du parovaire prolabé dans le cul-de-sac de Douglas, par FIEUX (*Journ. de méd., Bordeaux, 10 mai 1891*).

Ce cancer a été enlevé sur une femme, qui était devenue très rapidement cachectique. La tumeur offrait les caractères suivants : dure, bosselée, indépendante de l'utérus, elle remplissait la région hypogastrique et la région de l'hypochondrie gauche ; en outre, on avait perçu dans le cul-de-sac vaginal postérieur une autre tumeur, lisse, de la grosseur d'un œuf de poule, qui fuyait sous le doigt. A l'opération, on a constaté que la grosse tumeur était un cancer végétant du mésentère, et, à la nécropsie, que la petite tumeur était un kyste du parovaire situé dans le côté droit du ligament large. OZENNE.

Note sur une série de vingt-cinq sections péritonéales, par G. AUDRY (*Ann. de gyn. et d'obst., novembre 1890*).

Cette statistique provient du service de Laroyenne et porte sur les opérations pratiquées du 1^{er} mai au 1^{er} août 1890 :

1^o Opérations pratiquées par la voie vaginale, 4 cas, 4 guérisons. 1 fois il s'agissait d'une résection du fond de l'utérus traversé par un fibrome, 3 fois d'hystérectomies totales pour cancer ;

2^o Laparotomies au nombre de 20 : pour exploration 1 fois, pour hystéropexie 1 fois, pour ablation d'un énorme fibrome interligamenteux 1 fois (c'est le seul décès), pour hématoécèles incisées et drainées 1 fois, pour ablation de tumeurs kystiques 6 fois (une de ces opérations a été pratiquée chez une femme enceinte de 2 mois, la grossesse a continué jusqu'à terme), pour ablation d'un cancer des deux ovaires 1 fois, pour oophorectomies doubles 5 fois, pour ablation unilatérale ou totale des annexes 4 fois.

Il ne s'est produit qu'un seul décès consécutif au choc et survenu 18 heures après l'opération. Une autre malade a présenté des phénomènes infectieux graves dont elle a cependant guéri. Deux fois on retrouva des suppurations d'ailleurs bénignes autour des fils de la paroi.

PORAK.

Traitement nouveau de la fistule recto-vaginale, par FÉLIZET (*Ann. gyn. et d'obst., janvier 1891*).

L'opération consiste à inciser le périnée de façon à dédoubler la cloison recto-vaginale jusqu'à la fistule recto-vaginale, dont la situation est indiquée par une sonde insinuée à travers elle. Le dédoublement de la cloison est poursuivi avec ménagement de quelques millimètres au delà de la fistule. Celle-ci est donc coupée par son travers et transformée en une fistule vagino-périnéale et en une fistule recto-périnéale.

La sonde cannelée est alors introduite à travers la fistule recto-périnéale et le rectum est incisé comme dans les fistules anales. Par ce procédé, la fistule vaginale ne communique plus avec le rectum, n'est plus perméable aux gaz intestinaux et guérit spontanément ou à la suite de quelques cautérisations.

Cette opération, bien indiquée dans le cas de fistules recto-vaginales étroites et à trajet assez long, ne pourrait réussir dans les fistules plus

larges qu'à condition d'un avivement et de sutures, dont le résultat ne serait plus compromis par le passage des gaz. PORAK.

I. — *Gymnastique gynécologique et traitement manuel des maladies de l'utérus et de ses annexes (méthode de Thüre-Brandt)*, par JENTZER et BOURCART (*In-8° Paris, 1891.*)

II. — *Die schwedische Heilmethode in der Gynækologie (Méthode de traitement de Thüre-Brandt en gynécologie)*, par F. von PREUSCHEN (*Berlin. klin. Woch.*, n° 5, p. 115, 2 février 1891).

III. — *Ueber Brandt'sche Gymnastik*, par GOENNER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 6, p. 172, 15 mars 1891).

I. — En publiant ce livre, les auteurs ont eu pour but de donner un exposé de la méthode de Brandt, appliquée à la cure des maladies de l'utérus et de ses annexes. Leur description repose sur des observations recueillies chez Thüre-Brandt pendant un séjour à Stockholm.

Quelques pages consacrées tout d'abord à la physiologie du massage conduisent à l'étude des mouvements employés pour la gymnastique gynécologique. Ces mouvements se divisent en mouvements actifs, faits par le malade seul, en mouvements passifs provoqués par le médecin sur les membres, les muscles du patient étant complètement relâchés, et en mouvements à résistance, qui permettent au médecin d'agir sur tel ou tel groupe musculaire.

A cette gymnastique générale, variable suivant les circonstances, doit s'associer le massage de l'utérus, pratiqué de façon différente selon la lésion de l'organe (métrite, fibromes, déviations, etc.). Pour chacun de ces cas, les auteurs indiquent les effets et les résultats obtenus, et dans les derniers chapitres de l'ouvrage ils traitent de l'application du massage à la cure du prolapsus rectal, de l'incontinence d'urine, de la constipation et de la diarrhée. Quelques lignes sur le massage chez les femmes enceintes, sans manœuvres directes sur l'utérus, terminent ce premier fascicule, dont un second contiendra les observations cliniques.

OZENNE.

II. — *Dysménorrhée*. — Von Preuschen a appliqué le traitement de Thüre-Brandt, toujours avec succès, à 9 cas de dysménorrhée, rebelle parfois depuis des années. Il donne avec quelques détails l'observation de la malade la plus gravement atteinte, dysménorrhéique depuis quatorze ans.

Contre la dysménorrhée, on fait exécuter passivement aux femmes les mouvements suivants qui ont pour but de congestionner le bassin. La malade, dans l'attitude de la taille, est placée, les genoux fortement fléchis, sur un lit de repos. Le médecin, placé à sa droite, saisit de la main droite l'un des pieds de la femme, soit au niveau des malléoles, soit par le dessous de la plante; avec l'autre main, il empoigne le dessous du jarret. Le malade doit s'efforcer d'éviter de contracter ses muscles, tandis que le médecin imprime à la jambe saisie de rapides mouvements de rotation pendant lesquels le genou décrit un arc en haut et en dehors. Après 15 à 20 minutes de ces mouvements de rotation, le médecin fait exécuter au genou des mouvements alternatifs d'extension et de flexion se succédant rapidement. Puis il répète sur l'autre

jambe la même série de mouvements. Von Preuschen commence cette gymnastique quelques jours avant la période menstruelle et la continue généralement aussi pendant cette dernière; les séances ont lieu une ou même deux fois par jour. Ce qui montre bien que ces mouvements ont pour effet d'hyperémier les organes pelviens, c'est qu'ils avancent l'époque menstruelle ou rendent plus abondantes les règles préexistantes.

Le succès thérapeutique de ces manœuvres jette aussi quelque jour sur l'étiologie de la dysménorrhée, dans l'immense majorité des cas.

Ce traitement gymnastique est contre-indiqué dans les rares cas de dysménorrhée résultant d'une rétention du sang menstruel par rétrécissements ou néoplasmes de la cavité du col et dans les cas de périmérite ou de paramérite. En revanche, les flexions utérines ne sont pas une contre-indication.

Métrorragies par corps fibreux de l'utérus. — Von Preuschen les a combattues avec succès chez cinq femmes à l'aide de la méthode de Thüre-Brandt. Mais ici, au lieu de mouvements que la malade doit subir passivement sans y prendre part, comme dans le cas précédent, il s'agit de mouvements auxquels elle doit s'opposer activement. De plus, il ne s'agit plus de congestionner l'utérus, mais de le décongestionner, d'établir une dérivation que l'on réalise de la façon suivante : La malade est adossée à un mur, le médecin, placé devant elle, saisit avec sa main droite le talon gauche de la femme tandis qu'il appuie légèrement sa main gauche sur la hanche de la malade. Alors, tandis que la femme s'efforce d'empêcher le mouvement, le médecin porte la jambe saisie et étendue, lentement en avant et en haut jusqu'à ce qu'elle soit à peu près parallèle au sol et partant presque à angle droit sur l'axe du corps de la malade. Ce point atteint, les rôles changent. C'est maintenant la femme qui doit ramener sa jambe au point de départ, et le médecin résister à ce mouvement. Le même exercice est ensuite fait avec l'autre jambe. Ces mouvements doivent être répétés 5 à 6 fois.

Prolapsus utérin. — Von Preuschen en a guéri 8 cas, quelques-uns très invétérés, à l'aide du procédé de Thüre-Brandt qui se compose ici de soulèvements méthodiques de l'utérus, associés à une gymnastique des muscles pelviens et à des tapotements du rachis et du sacrum. (R. S. M., XXXVI, 162.)

J. B.

III. — Suite (R. S. M., XXXIV, 156) des observations faites par Goenner dans l'emploi en gynécologie de la méthode de Thüre-Brandt. Les résultats de ce traitement sont bons dans les réflexions avec abaissement de l'utérus mobile, quand il s'agit de femmes ayant une musculature développée ou faisant un usage quotidien de leurs muscles. Chez les femmes, au contraire, qui mènent une vie inactive, soit qu'elles soient condamnées au repos par d'autres infirmités, soit que leur position sociale ou leurs penchants les éloignent de tout exercice corporel, les bons résultats du début ne se maintiennent en général qu'autant que dure le renforcement des muscles pelviens déterminé par la gymnastique; après cela, l'utérus reprend son attitude vicieuse et l'on est obligé d'en revenir au pessaire. Donc, chez les femmes des classes aisées et oisives, la guérison n'est pas durable tandis qu'elle l'est chez les ouvrières dont les occupations ne sont pas trop pénibles et surtout qui

ne sont pas contraintes de soulever des poids considérables. Mais les femmes de la classe ouvrière sont rarement en situation de se soumettre durant des semaines au traitement de Brandt et elles préfèrent ordinairement porter un pessaire qui les délivre rapidement de leurs maux et aux inconvénients duquel elles sont peu sensibles.

En dehors du soulèvement d'objets lourds, la récurrence est amenée particulièrement par la danse et les ascensions de montagnes.

En résumé, à titre de traitement secondaire, on doit recommander un exercice régulier à toutes les femmes qui n'en prennent pas habituellement, mais il faut éviter les ébranlements un peu violents du corps.

Pour ce qui concerne les épanchements pelviens, Goenner, vu la dose de patience nécessaire à la fois au médecin et à la malade, réserve le massage pour les cas où les autres médications sont inefficaces ou encore moins actives.

J. B.

Remarks on the treatment of uterine tumours by electricity, par Thomas KEITH
(*Brit. med. j.*, p. 337, 14 février 1891).

Voici les conclusions de ce mémoire, qui renferme sept observations de cure de fibromes par la méthode d'Apостоли.

Le traitement par l'électrisation ne doit pas être essayé dans le cas de tumeurs utérines fibro-kystiques, non plus que dans les formes d'hémorrhée chronique. Au contraire, on obtient par ce moyen les meilleurs résultats en s'adressant aux *petits fibromes* qui donnent lieu à des hémorragies profuses. Dans les vieilles tumeurs hémorragiques, le traitement dure plus longtemps et est plus aléatoire.

Presque toujours l'électrisation diminue la douleur, suspend l'hémorragie et arrête le développement de la tumeur. Ces résultats sont durables et en majeure partie définitifs.

H. R.

Ablation d'un fibrome intra-utérin par la section césarienne suivie de suture immédiate de l'utérus; guérison, par BOUILLY (*Bull. de la Soc. de chirurgie t. XVI, p. 339, 1890*).

Chez une femme de 42 ans atteinte d'un volumineux fibrome remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic, faisant saillie dans le vagin et emplissant la cavité utérine énormément distendue sans lui adhérer, sur une large surface, comme le prouvait l'hystéromètre, Bouilly résolut de pratiquer, par l'abdomen, l'incision de l'utérus et l'extirpation de la tumeur.

Incision de la paroi abdominale de 18 centimètres; l'utérus est immédiatement amené hors du ventre, la cavité abdominale protégée par le rapprochement des lèvres de l'incision de la paroi au-dessus de l'utérus; un fil de caoutchouc est placé aussi bas que possible sur l'utérus.

Sur la sonde utérine introduite par le vagin, enfoncée aussi haut que possible et facilement perceptible à travers la paroi de l'utérus, cette paroi est incisée dans une étendue de 12 à 15 centimètres; quelques jets de sang artériel sur la tranche d'incision sont arrêtés par la striction modérée du fil de caoutchouc. La cavité utérine ouverte, le fibrome libre dans les deux tiers de sa surface est énucléée de ses adhérences à la paroi qui ont environ la largeur de la main.

Cette libération du fibrome terminée, il est impossible d'extraire par en haut toute la tumeur qui a pris la forme d'un sablier, portant un

étroit étranglement au niveau du col utérin. La portion rétrécie est alors coupée avec des ciseaux, la masse supérieure de la tumeur enlevée facilement, puis par le vagin la portion inférieure est rapidement morcelée et enlevée. Lavage immédiat de la cavité vaginale.

Pendant ce temps, l'utérus s'est rétracté et est revenu sur lui-même comme après l'accouchement, les parois ont repris de l'épaisseur et de la consistance. Résection de lambeaux de muqueuse décollés. La cavité utérine est essuyée avec une compresse imbibée d'une solution de sublimé à 1/2000. La suture de l'utérus est faite à l'aide de 18 points de soie phéniquée intéressant toute l'épaisseur de la paroi moins la muqueuse ; 3 fils sont placés isolément sur une petite déchirure accidentelle du fond faite au moment de la séparation de la tumeur et de la paroi très amincie ; une injection intra-utérine montre que l'occlusion est parfaite.

Réduction de l'utérus dans le ventre ; suture de la paroi abdominale ; ablation des sutures le dernier jour.

Suites très simples. La malade quitte l'hôpital un mois après l'opération parfaitement guérie et sans aucun écoulement vaginal.

Il s'agit par conséquent ici d'une véritable opération césarienne appliquée au traitement d'un gros fibrome en grande partie libre dans la cavité utérine, et cette intervention diffère absolument des énucléations de fibromes interstitiels avec suture de la poche ainsi créée dans la paroi utérine.

C. WALTHER.

L'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie, par RICHELOT (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, t. XVI, p. 526 ; 1890*).

Les conclusions que Richelot tire de ce mémoire sont les suivantes :

L'électricité est le meilleur des palliatifs appliqués aux fibromes de l'utérus. Elle peut même suffire au traitement dans quelques cas bien déterminés ; il y a certainement des femmes atteintes de fibromes qui peuvent vivre sans être opérées.

Mais, pour obtenir de l'électricité des résultats durables ou palliatifs, il faut renoncer à tout empirisme et lui chercher des indications précises.

La *castration ovarienne* réussit beaucoup plus souvent, et réussit définitivement. Mais elle aussi peut avoir des échecs ; bien des cas lui échappent, il est possible de les distinguer, et il n'est pas permis de l'adopter systématiquement, à la seule condition qu'elle soit possible.

Elle est, d'ailleurs très dangereuse ; il faut savoir s'arrêter quand l'extirpation des annexes est trop difficile ; on peut alors faire moins ou plus ; s'en tenir à une exploration ou faire l'hystérectomie.

L'hystérectomie abdominale devient elle-même peu dangereuse. La pratique des chirurgiens s'améliore dans tous les pays. Il faut donc changer de point de départ dans la discussion, ne plus arguer des périls de l'hystérectomie pour se détourner d'elle et chercher autre chose à tout prix, reconnaître enfin que bon nombre de cas lui appartiennent et que nous sommes désormais bien armés pour en prendre la charge.

Richelot se déclare partisan résolu de la méthode de traitement intra-péritonéal du pédicule, grâce à l'application de la suture élastique perdue.

La gravité de l'hystérectomie ne lui semble pas, aujourd'hui, dépasser de beaucoup celle de l'ovariotomie.

C. WALTHER.

On removal of the uterine appendages in case of functional neurosis, par PLAYFAIR (*Brit. med. j.*, p, 119, 17 janvier 1891).

Playfair rapporte quatre cas d'opérations de Tait faites pour de simples névroses : a) névrose douloureuse : aucun bénéfice ; guérison ultérieure par un traitement médical ; b) cas analogue où l'opération proposée allait être pratiquée, quand la malade s'y refusa ; elle guérit par le traitement systématique de Playfair ; c) névrose avec lésions concomitantes des annexes utérines, amélioration ; d) hystéro-épilepsie et manie traitées par l'opération.

Les conclusions de Playfair sont opposées à cette pratique. Pour lui, l'ablation des annexes n'est pas justifiée en cas de névrose fonctionnelle. Quand il existe simultanément des lésions des annexes et des symptômes de névrose, on doit d'abord traiter ces derniers afin d'éviter l'opération. En cas d'épilepsie ou d'hystéro-manie, les résultats opératoires ont été déplorables.

Spencer Wells, J. Ross et Priestley concluent dans le même sens. H. R.

Étude sur l'endocardite puerpérale droite et sur ses complications pulmonaires subaiguës, par LUZET et ETTLINGER (*Archives de médecine, janvier 1891*).

Les auteurs rapportent trois observations d'endocardite droite au cours de l'infection puerpérale, et font suivre ces faits des considérations suivantes :

La localisation des endocardites infectieuses au cœur droit est assez fréquente.

L'infection puerpérale tient une grande place dans la production des endocardites droites.

L'infection s'étend par étape au système veineux, au cœur droit et aux poumons.

La marche de la maladie peut être très lente et avoir la durée de plusieurs mois.

Les complications pulmonaires sont de règle. Ce sont des embolies septiques dont l'évolution peut être assez lente pour simuler la tuberculose pulmonaire.

La maladie peut présenter une forme atténuée et guérir. RICHARDIÈRE.

Contribution au traitement de la septicémie puerpérale, par Héliodor de SWIECICKI (*Gaz. hebdomadaire, Paris, 7 mars 1891*).

Dans un cas de pyohémie puerpérale survenue le cinquième jour après l'accouchement et caractérisée par des frissons violents et répétés d'une durée de vingt minutes, une fièvre à grandes oscillations et un pouls de 120, le traitement suivant a été prescrit avec succès : toutes les heures d'abord, puis toutes les deux ou trois heures, introduction dans l'estomac, à l'aide d'une sonde, d'un litre d'une solution tiède de sel de cuisine ; deux fois par jour injection sous-cutanée de 0^{gr},01 de pilocarpine. Les résultats de ce traitement qui détermina une abondante diurèse, de la salivation et de la transpiration, furent la disparition de la fièvre et des frissons en trois jours, pendant lesquels on fit ingérer 17 litres d'eau salée, et on pratiqua 6 injections de pilocarpine.

OZENNE.

Thrombose des sinus cérébraux postpuerpérale, par W. COLLIER (*Brit. med. j.*, p. 521, 7 mars 1891).

Il s'agit d'une jeune femme, qui, seize jours après son accouchement, fut prise de convulsions généralisées, prédominantes du côté droit. Celles-ci se répétèrent pendant quatre jours avec des allures d'éclampsie et la mort survint dans le coma.

L'autopsie montra une thrombose du sinus longitudinal supérieur, du pressoir d'Hérophile et du sinus pétreux supérieur droit. La substance cérébrale était profondément ecchymosée. Les oreilles et le rocher étaient sains.

Un cas de ce genre a été publié par Bristowe dans son traité des maladies du système nerveux. Il en existe un autre dans le *Bulletin de la Société anatomique* pour 1870.

H. R.

Ueber die Pforten der placentaren Infection des Fœtus (Des portes de l'infection placentaire du fœtus), par BIRCH-HIRSCHFELD (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.* IX, 3, p. 383, 1891).

En présence des résultats contradictoires auxquels sont arrivés les auteurs touchant cette intéressante question, il fallait chercher quelles sont les conditions qui permettent ou non le passage des microorganismes du sang maternel dans le sang fœtal. Le placenta normal n'est perméable ni aux corps purvulents inertes, ni aux bactéries tant que n'est pas intervenue une lésion ; c'est un filtre parfait, mais qui peut devenir perméable sans admettre de grosses lésions, telles que ruptures des villosités choriales, hémorragies. Un abondant développement de bactéries charbonneuses peut leur permettre de croître jusque dans la partie fœtale et cette pénétration est vraisemblablement préparée et facilitée par l'altération des parois vasculaires et de l'épithélium des villosités causée par le microbe. Mais il existe en outre des différences de structure qui sont cause que le passage facile pour une espèce ne l'est pas pour une autre. Chez la chèvre, l'existence d'une épaisse couche épithéliale permet la séparation facile de la partie fœtale et de la partie maternelle du placenta, en sorte que l'infection ne peut avoir lieu qu'après une lésion de cet épithélium par le microbe. Chez le lapin, cette couche protectrice fait défaut dans la partie lacunaire du placenta ; il en est de même chez la femme où des villosités nombreuses privées d'épithélium s'enfoncent dans la caduque sérotine. Il est évident que ces résultats tirés de l'expérimentation avec les bacilles anthracis sont également vraies pour les autres microorganismes, et que, dans tous les cas, il faut tenir compte et des conditions anatomiques du placenta et de la virulence et du nombre des microorganismes.

C. LUZET.

Ueber Veränderungen der Tuben und Ovarien... (Des modifications des trompes et des ovaires pendant la grossesse et les suites de couches), par H. THOMSON (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVIII, 1).

Les recherches de Thomson ont porté sur des lapines qu'il a sacrifiées à différentes époques de la gestation et de l'état puerpéral, et dont il a examiné les trompes et les ovaires.

Les trompes subissent pendant la grossesse et la puerpéralité des modifications très caractéristiques. Durant la grossesse, leur tissu cel-

lulaire devient plus vasculaire, plus épais et plus abondant. La tunique musculaire s'hypertrophie comme celle de l'utérus, mais à un moindre degré. Pendant les suites de couches, ces modifications disparaissent peu à peu par un travail régressif qui ramène les tissus à l'état normal.

Les ovaires ne sont pas modifiés sensiblement dans leur structure par la grossesse et la puerpéralité.

CH. MAYGRIER.

Contribution à l'étude du bassin vicié par obstruction (tumeurs développées aux dépens du squelette pelvien), par VAILLE (Thèse de Paris, 1891).

De la critique d'un certain nombre d'observations, la plupart déjà publiées, Vaille conclut que : Les obstacles que les tumeurs du bassin apportent à l'accouchement, varient suivant le volume, le siège, la forme, la consistance, la mobilité ou la fixité du néoplasme. Les exostoses, ordinairement de dimensions restreintes, rétrécissent les diamètres les plus petits du bassin. On se comportera comme pour les rétrécissements simples.

Les enchondromes et les ostéo-sarcomes, plus volumineux, nécessitent l'opération césarienne, quand elle pourra être faite avant le travail ou à son début.

Quant aux fibromes souvent pédiculés et mobiles, on s'efforcera d'en faire l'ablation, si possible.

OZENNE.

Sur un bassin oblique ovalaire, par BUDIN (Bull. acad. de méd., 14 avril 1891).

Ce cas de viciation pelvienne a été observé sur une femme enceinte pour la quatrième fois, et dont les trois accouchements précédents n'avaient pu être terminés que par l'embryotomie céphalique. Voici les résultats de l'examen actuel, fait en 1889. La lésion siège du côté gauche; au lieu d'une symphyse sacro-iliaque il existe une soudure osseuse, l'aile du sacrum faisant défaut d'un côté.

La fesse gauche est plus étroite que la fesse droite, le pli fessier du côté droit est abaissé et la rainure interfessière est oblique de haut en bas et de droite à gauche.

L'épine iliaque postéro-supérieure gauche arrive presque jusqu'à la ligne des apophyses épineuses de la colonne vertébrale. En avant la symphyse pelvienne est refoulée du côté droit : aussi le côté gauche paraît-il, en avant plus large et le côté droit plus étroit, ce qui est le contraire en arrière.

Le 4^e enfant, du poids de 3,620 grammes fut extrait vivant par le forceps.

En 1890, 5^e grossesse qui se termine par l'extraction, par la version d'un enfant vivant pesant 2,800 grammes.

Enfin cette année, 6^e grossesse, qui n'est pas encore arrivée à terme.

OZENNE.

Nierenstörungen und Schwangerschaft (Affections rénales de la grossesse), par FEHLING (Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 6, p. 171, 15 mars 1891).

D'après Fehling on observe l'albuminurie dans 6 0/0 des grossesses; les primipares et les pluripares y sont aussi souvent sujettes. Au moment de l'accouchement, la proportion des albuminuriques peut atteindre 30 0/0. En négligeant les quantités insignifiantes d'albumine, on peut rencontrer l'un ou l'autre des états suivants :

1° Le rein gravidique de Leyden avec disposition à l'éclampsie. Au point de vue pathogénique, l'hypothèse de Cohnheim, d'un spasme réflexe des

artères rénales, satisfait mieux les accoucheurs que l'explication de Leyden.

2° La néphrite chronique, forme la plus commune; impossible de distinguer l'interstitielle de la parenchymateuse. L'influence de la grossesse sur la néphrite chronique se traduit par une aggravation aiguë de celle-ci, une augmentation de l'albumine, des cylindres, une tendance à la rétinite, aux hémorragies cérébrales et à l'urémie; en revanche, l'éclampsie est ici beaucoup plus rare. La néphrite est également fâcheuse pour le fœtus dont elle peut entraîner la mort par la formation d'infarctus placentaire. Il est beaucoup moins commun que la néphrite, entraîne un décollement prématuré du placenta avec hémorragie interne.

3° Le rein gravidique de Leyden récidivant, constitue pour Fehling une nouvelle forme de lésion rénale. Durant la grossesse, l'albuminurie s'exacerbe, chez les multipares, déjà dès la 1^{re} moitié de la grossesse; puis le fœtus ayant succombé à des infarctus du placenta, l'albumine disparaît complètement de l'urine et la femme est parfaitement portante jusqu'à une nouvelle grossesse. Ici l'éclampsie est très rare, le pronostic bon pour la mère et fâcheux pour le fœtus.

Lorsque l'albuminurie résiste au traitement rationnel, Fehling préconise l'avortement ou l'accouchement artificiel.

Dans la discussion, Hosch mentionne le fait suivant: Une femme au 6^e mois de la grossesse, se réveille un matin, aveugle; rigidité des pupilles; pas d'hémorragie rétinienne, papilles un peu rouges; pas d'albuminurie. 8 ou 9 jours plus tard, accouchement prématuré spontané, suivi d'une amélioration de la vision.

Hosch demande si, en cas semblable, où la vue, mais non la vie de la mère est en danger, on est en droit de pratiquer l'avortement. Fehling répond qu'il n'hésiterait pas avec l'assentiment des parents, à sacrifier la vie du fœtus, pour conserver la vision de la mère (*R. S. M.*, VII, 617; IX, 182; X, 166; XIV, 200; XVII, 540, 541 et 543; XIX, 611; XXII, 262; XXII, 602; XXV, 650; XXVII, 230 et 588; XXVIII, 569; XXIX, 546; XXXI, 591; XXXII, 181 et 530; XXXIV, 556; XXXV, 540 et XXXVI, 554). J. B.

De l'ovariotomie pendant la grossesse, par ENGSTROM (*Ann. de gyn. et d'obst.*, novembre 1890).

L'auteur a pratiqué l'ovariotomie 7 fois chez des femmes enceintes. Sur 48 cas d'opérations faites dans des conditions analogues, il n'a relevé que 2 décès, ce qui donne une mortalité très sensiblement égale à celle qui est observée en dehors de la gestation. Étant donnés les accidents très réels qui résultent de la coïncidence de la grosseur et des tumeurs de l'ovaire, on voit que la gravidité ne constitue pas une contre-indication à une intervention opératoire.

L'auteur insiste sur l'action de l'air froid sur la contractilité des fibres utérines et recommande de ne pas exposer pendant l'opération l'utérus au refroidissement.

Dans aucun des cas appartenant à l'auteur, l'interruption de la grossesse n'a été observée. Il ne faut cependant pas en conclure certainement que l'opération n'entraîne pas cette conséquence. Elle a été signalée dans plusieurs circonstances. L'influence de l'époque de la grossesse sur cette

complication n'est pas élucidée, il semble cependant qu'on doive intervenir le plus tôt possible.

Dans un cas, Engstrom a été obligé de provoquer le travail avant d'opérer, parce que la tumeur occupait une partie du petit bassin. PORAK.

Contribution à l'anatomie et à la physiologie de l'utérus pendant la gestation et la parturition, par L. ACCONCI (*Giornale d. R. Accad. di med. di Torino, LIII, p. 641*).

1° La séreuse péritonéale adhère par ses fibres élastiques à la tunique musculaire, solidement dans le corps et le fond, faiblement dans le segment inférieur; 2° les fibres du fond et du corps sont en deux couches: l'externe circulaire, l'interne longitudinale, séparées par des couches alternantes de l'une et l'autre direction. La couche circulaire s'arrête au segment inférieur; 3° la couche longitudinale, au contraire, s'y continue, atténuée; 4° dans le col, les fibres musculaires sont rares et périphériques; 5° les fibres élastiques, au contraire, sont abondantes; 6° dans l'accouchement, le col est passif, mais le reste du segment inférieur est actif; 7° l'anneau de contraction à la limite des deux segments tient à la disparition des fibres circulaires; 8° le segment inférieur est distendu et aminci par l'allongement des fibres élastiques, d'où une transposition des faisceaux musculaires.

DASTRE.

Insertion vélamenteuse du cordon sur un placenta bilobé désuni, par HERMITE (*Dauphiné méd., avril 1894*).

Hermite présente un placenta bilobé désuni, dont il donne la description suivante: Il semble qu'il existe deux placentas distincts. Ces deux placentas de volume différent, sont réunis l'un à l'autre par des membranes; il n'y a entre eux aucune communication vasculaire. Les deux portions sont éloignées d'environ 4 centimètres.

Tous les deux, membranes et cordon compris, pèsent 480 grammes. Le diamètre du plus volumineux est de 14 centimètres; celui du deuxième est de 8 centimètres. Les vaisseaux du cordon se rendent isolément aux deux placentas en rampant entre les membranes. La division des vaisseaux se fait à environ 20 centimètres de la circonférence de chaque placenta.

Le plus volumineux de ceux-ci a la forme d'un croissant; il reçoit: une artère médiane, qui se divise en deux branches au point où elle pénètre dans les membranes; une veine parallèle à l'artère; deux autres vaisseaux, comprenant veine et artère, situés sur le bord des membranes.

Le deuxième placenta, beaucoup plus petit, est circulaire; il ne reçoit qu'une artère, division des artères primitives, et une veine beaucoup plus volumineuse située sur un bord.

OZENNE.

Ueber osteomalacische Lähmungen (Sur les paralysies en rapport avec l'ostéomalacie, par M. KOEPPEN (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank. XXII, 3, p. 739*).

Köppen relate 4 cas d'affections paralytiques survenues chez des femmes enceintes sous l'influence de l'ostéomalacie. Toujours le début de l'affection datait d'une première grossesse et les grossesses ultérieures ont eu pour effet constant d'imprimer une aggravation manifeste au mal. Les symptômes ont consisté en douleurs localisées dans les lombes et dans les membres inférieurs, dans les membres supérieurs et entre les

épaules. Aux membres inférieurs les douleurs suivaient souvent le trajet du sciatique. Les douleurs augmentaient d'intensité sous l'influence des mouvements. Elles étaient réveillées par la pression du sacrum, des os des membres inférieurs, des côtes, etc. La démarche était pénible, vacillante. Les malades étaient dans l'impossibilité de soulever leurs jambes à une certaine hauteur, de balancer le tronc en différents sens. D'une façon générale, la force musculaire était moins développée dans l'un des membres inférieurs que dans l'autre. Les mouvements passifs étaient libres. Chez toutes les malades, on constatait l'existence d'une légère cyphose du segment dorsal. Les réflexes tendineux étaient normaux. Il en était de même de la sensibilité, des fonctions vésicales, de la vision. On constatait, par contre, une certaine diminution de l'excitabilité faradique et galvanique des muscles; ceux-ci présentaient chez une malade un certain degré d'atrophie n'atteignant pas encore le bassin.

D'après l'auteur, la « diathèse ostéomalacique » ne se traduit pas uniquement par des altérations osseuses; dès le début elle donne lieu à des altérations musculaires et à des accidents névritiques dus à la compression des nerfs dans leur trajet à travers les canaux osseux épaissis. En examinant des fragments de muscles détachés d'un bassin ostéomalacique conservé dans l'alcool, Köppen a constaté une atrophie des fibres musculaires.

E. RICKLIN.

Ein Fall von vollständiger Atresie der Scheide als Geburtshinderniss (Dystocie par atrésie complète du vagin), par A. ZIMMERMANN (*Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte*, n° 5, p. 152, 1^{er} mars 1891).

Femme en travail d'accouchement pour la neuvième fois; douleurs rapides et violentes; deuxième présentation du sommet. Le doigt qui pratique le toucher vaginal est arrêté dès la profondeur de 4 centimètres et arrive sur la tête fœtale très basse dans le bassin. Pas de col utérin reconnaissable. Au centre du vagin se trouve un endroit qui simule au premier abord le col; c'est une gouttière transversale peu profonde dans laquelle on ne peut faire pénétrer ni le doigt ni un cathéter élastique qui se recourbe aussitôt. La tête de l'enfant n'exerce d'ailleurs aucune pression sur ce point. Culs-de-sac latéraux du vagin complètement effacés. Du côté gauche, la muqueuse est lisse. Au niveau de la partie droite du vagin, on sent trois gros cordons cicatriciels, très durs et fortement tendus, se dirigeant, le premier vers la droite, le deuxième en avant et le troisième en arrière; leur épaisseur est considérable et ne peut être exactement appréciée dans la profondeur. L'examen avec le spéculum de Fergusson montre un vagin court, infundibuliforme; le sillon qui simule le col utérin est le point de rencontre des trois cordons cicatriciels.

Opération par Pestalozzi. Un fin stylet boutonné est enfoncé à travers les tissus qui séparent l'entonnoir vaginal de la tête fœtale. Dilatation du petit orifice ainsi créé, par un cathéter, jusqu'à ce que l'introduction du doigt soit possible. Avec la sonde cannelée, agrandissement de l'ouverture, du côté gauche qui n'offre pas de tissu cicatriciel. Ecoulement de sécrétions vaginales mêlées de sang et de liquide amniotique. Section des trois cordons cicatriciels. Issue immédiate de l'enfant par l'occiput. Il ne s'est pas écoulé un quart d'heure entre le début de l'opération et la fin de l'accouchement. Suites de couches normales. La cause de l'atrésie n'a pu être établie. Le placenta présentait des adhérences étendues. Depuis son dernier accouchement, c'est-à-dire depuis deux ans, la femme avait un écoulement et des

douleurs du vagin et la vulve fut un certain temps œdématiée. Vers le milieu de cette dernière grossesse, tous les troubles avaient peu à peu disparu.

J. B.

De la torsion du cou dans les présentations du sommet, par M^{me} HENRY (*Ann. de gyn. et d'obst., avril 1891*).

Par le palper abdominal et par le toucher vaginal combinés, on peut constater dans de rares circonstances que le dos de l'enfant se trouvant dans cette situation, la tête est tordue sur son axe de façon que la face regarde du côté du dos du fœtus. Lorsque ce phénomène se produit dans l'excavation, il peut n'avoir pas grande conséquence, mais lorsqu'il se produit au détroit supérieur, il constitue une cause de procidence du cordon, suivie 2 fois de mort sur 4 cas. Cette complication aggrave donc le pronostic beaucoup plus que la torsion du cou elle-même. La détorsion du cou étant très difficile à obtenir, cet accident indique surtout la version par manœuvres internes.

La torsion du cou s'accomplit surtout au niveau de l'articulation atloïdo-axoïlienne (par 90°), et au niveau des autres articulations cervicales (par les 90° qui restent), l'atlas glisse d'un demi-centimètre sur l'occiput. Il en résulte que la colonne vertébrale coupe le diamètre occipito-mentonnier en deux bras de levier à peu près égaux, et dans ces conditions la tête ne se fléchit plus dans l'excavation pelvienne. De plus les articulations des disques intervertébraux se tassent, ce qui détermine le raccourcissement du cou et l'immobilisation de la colonne cervicale qui acquiert alors une rigidité relative. La tête devient moins apte à se fléchir et à se défléchir. Le raccourcissement du cou gêne d'ailleurs la descente de la tête qui doit s'engager en même temps que les épaules du fœtus. Le défaut de flexion de la tête entraîne l'engagement du diamètre occipito-frontal, auquel ne se substitue pas, comme dans l'accouchement normal le diamètre sous-occipito-bregmatique.

Ces considérations, appuyées sur des expériences, expliquent donc les lenteurs du travail observées dans ces cas.

PORAK.

Nouvelles recherches sur le foie des éclampsiques, par H. PILLET (*Nouv. arch. d'obst. et de gyn., novembre 1890*).

De six nouvelles autopsies l'auteur conclut que dans l'éclampsie vraie, celle où il existe un ictère léger tardif ou pas d'ictère du tout, les lésions du foie sont légères, moyennes ou extrêmes, mais paraissent à peu près constantes.

Elles siègent primitivement dans les capillaires intra-lobulaires dépendant par conséquent du système vasculaire sus-hépatique. Primitivement ce sont de simples ectasies, mais elles aboutissent plus tard à de véritables foyers hémorragiques. Les éléments du lobule hépatique présentent alors des altérations qui ressemblent aux lésions de la dégénérescence aiguë du foie. Les lésions rénales, les hémorragies cérébrales et pulmonaires peuvent exister simultanément.

On a constaté dans les ectasies sus-hépatiques des foyers microbiens appartenant aux streptococci, mais il n'est pas démontré que ces thromboses microbiennes n'appartiennent pas à une infection sur-ajoutée.

PORAK.

Ueber Achsenzugzange (Des forceps à traction suivant l'axe du bassin), par W. NAGEL (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 10, p. 266, 9 mars 1891).

Nagel a essayé les 3 forceps à traction suivant l'axe, les plus connus, savoir celui de Tarnier lui-même et ses modifications, par Breuss et par Simpson; c'est à ce dernier (*R. S. M.*, XIX 607) qu'il donne la préférence. Comme A.-R. Simpson, Nagel conseille d'employer dans tous les cas ce nouveau forceps. Quand la tête fœtale est basse, il n'offre, il est vrai, aucun avantage sur l'ancien forceps, mais on apprend ainsi son maniement pour les cas difficiles. De plus, la poignée transversale de l'instrument est plus commode pour les tractions que le forceps ordinaire et, au détroit inférieur, elle facilite l'extraction du fœtus.

Nagel a employé 53 fois, dans la clinique de Gusserow, le forceps à tractions suivant les axes pelviens. 19 fois la tête était au détroit supérieur médiocrement rétréci. Nagel conclut de son expérience qu'à l'aide des forceps construits suivant le principe de Tarnier (*R. S. M.*, X, 563) on est parfaitement en état d'extraire la tête, retenue au détroit supérieur, dans la ligne de direction du bassin. Mais le succès ne tient pas à cette dernière circonstance; il est dû à la très grande énergie que ces forceps permettent de déployer ce qui en constitue, en même temps, le danger; utilisant exclusivement la poignée de traction, librement mobile en tous sens, on diminue le danger, parce qu'on supprime l'action du levier du forceps.

Une des mères est morte de septicémie; elle était en travail depuis plus de 24 heures et avait une fièvre considérable lorsqu'on appliqua le forceps; à l'autopsie elle n'offrit d'autres blessures qu'une déchirure de 4 à 5 centimètres de long au côté gauche du vagin. Les autres femmes ont eu des couches plus ou moins normales; 3 de celles où le forceps avait été appliqué au détroit supérieur ont eu une déchirure vaginopérinéale de 2° degré.

Pour ce qui concerne les intérêts de l'enfant, voici le résultat des observations de Nagel, dans l'application du forceps au détroit supérieur. Lorsque l'occiput est peu abaissé et que la suture sagittale tout en étant oblique se rapproche du diamètre transverse, la tête est saisie suivant son diamètre fronto-occipital oblique. L'instrument a alors une excellente prise, mais l'un des yeux risque d'être trop comprimé par l'extrémité de la cuiller; si la tête n'est pas trop volumineuse elle sera attirée sans fracture ni enfoncement. Lorsque l'occiput est très bas, la suture sagittale dans l'un des diamètres obliques, la tête est saisie suivant le diamètre oblique fronto-temporal et alors on a toutes les chances possibles de produire un enfoncement ou une fracture du frontal tourné vers le promontoire; sur les 19 enfants extraits au détroit supérieur 2 sont venus morts et 9 offrirent des lésions crâniennes auxquelles 3 n'ont pas tardé à succomber; en somme 5 enfants morts sur 19.

J. B.

Rôle de la vessie pendant l'accouchement et la délivrance, par A. VIGOUROUX (*Thèse de Paris, novembre 1890*).

Après avoir étudié les modifications de rapports anatomiques que subit la vessie chez la femme enceinte ou parturiente, l'auteur rapporte 47 observations dans lesquelles, par suite de la non-évacuation du réservoir

vésical, il s'est produit des accidents soit immédiats (difficultés d'examen et d'expulsion soit de l'enfant, soit du placenta, urémie, ruptures de la vessie, etc.), soit consécutifs (obstacle à la rétraction de l'utérus, d'où hémorragie, fistules vésico-vaginales, etc.). En conséquence, à quelque moment du travail qu'il soit appelé, l'accoucheur doit toujours s'assurer par lui-même que la vessie ne contient pas d'urine et la vider par la sonde, s'il est besoin.

R. JAMIN.

Dystocie par fibromes utérins. Ablation de la matrice, des tumeurs et des ovaires au moment de l'accouchement, par L. LANDAU (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 52, p. 1191, 15 décembre 1890).

Femme de 28 ans, mariée en janvier; dernières règles le 6 février. En mai, à la suite de gêne de la miction, elle est examinée par un gynécologue qui conclut à l'ovariotomie pour enlever un kyste comprimant la vessie. Landau constata que le col était très difficile à atteindre, et que le bassin était rempli par une tumeur qui avait été prise pour un utérus rétrofléchi, tandis que l'utérus gravide avait lui-même été pris pour un kyste de l'ovaire. Vu la difficulté d'atteindre le col et l'obstruction du détroit supérieur par la tumeur, Landau renonce à provoquer l'avortement.

La grossesse s'acheva normalement. Le 10 novembre, rupture de la poche des eaux et contractions utérines. Le col était hors de portée et le détroit supérieur complètement rempli par la tumeur. Malgré l'énergie des douleurs, le travail n'avancait pas. Une rupture de l'utérus paraissant imminente Landau se décida à pratiquer l'accouchement artificiel. Laparotomie. Après avoir attiré l'utérus, il dut reconnaître que l'opération césarienne était contre indiquée. La tumeur rétro-cervicale oblitérait complètement l'orifice supérieur du bassin que les lochies et les sécrétions de la plaie devraient stagner dans la cavité utérine; de plus, outre cette tumeur, il y avait plusieurs autres myomes.

Landau enleva donc l'utérus avec les tumeurs et les ovaires. Après l'opération la température ne s'est pas élevée au-dessus de 37°,1. Guérison parfaite. L'enfant, une fille de 7 livres, est bien portante.

J. B.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Pathologie et traitement des maladies de la peau, par KAPOSI. Trad. avec notes et additions, par BESNIER et DOYON (2^e édition française. Paris, 1891).

Grâce aux nombreuses additions faites à l'ouvrage de Kaposi, cette nouvelle édition représente aujourd'hui le compendium le plus complet que nous possédions sur la dermatologie. Des développements nouveaux ont été donnés par Kaposi à certaines parties incomplètement étudiées dans les deux éditions allemandes, et les deux traducteurs se sont attachés dans leurs notes à multiplier et à préciser les citations et les documents bibliographiques, de telle sorte que l'ouvrage marquera véritablement une date dans la marche du progrès dermatologique.

Certes une œuvre exclusivement française, entièrement nouvelle et personnelle, aurait présenté plus de séduction; mais nous sommes disposés à reconnaître avec les auteurs qu'un traité complet, constituant par la richesse des documents « un livre international », offre en réalité plus d'intérêt pratique et rendra actuellement plus de services aux lecteurs. Comme on peut s'en assurer, les documents originaux sont nombreux, mais c'est avant tout un travail de critique, dans lequel les auteurs témoignent à chaque page, pour ainsi dire, de leurs intentions de justice et d'impartialité vis-à-vis de tous les chercheurs sans distinction d'école et de nationalité. Mais tout en édifiant ce long et saisissant parallèle de l'enseignement français et de l'enseignement étranger, les traducteurs ont su garder à la dermatologie française la part légitime qui lui revient dans le mouvement scientifique. Ils disent, dans leur préface, que les leçons de Kaposi constituent toujours l'œuvre la plus importante et la plus pratique de la dermatologie actuelle, mais la valeur de ces leçons nous paraît égalée par celle des notes qu'ils ont annexées et dont l'étendue atteint celle des leçons traduites. En réalité, ce sont deux œuvres maîtresses réunies dans un seul livre. Parmi les chapitres nouveaux, nous citerons principalement les érythèmes, les érythrodermies exfoliantes, érythémateuses de Besnier, le pityriasis rubra pilaris, l'acné, le pemphigus, la pelade, les dermato-lymphangiomes, les lupus et leur traitement, le xanthélasma, les tumeurs de la peau, la lèpre, le prurigo, les affections parasitaires, etc. Nous nous arrêtons, car il faudrait nommer tous les chapitres. Dans la partie thérapeutique, l'œuvre déjà si remarquable à ce point de vue de Kaposi a été encore parfaitement commentée et très notablement étendue. Ajoutons que le nombre et l'exactitude des indications bibliographiques, le soin avec lequel ont été dressées les tables des matières, faciliteront bien des recherches aux travailleurs et augmenteront encore les services que cet important ouvrage est appelé à rendre.

F. BALZER.

Urticaire chronique associée à une éruption papuleuse très prurigineuse et suivie de pigmentation, par Wallace BEATTY (*The Brit. med. journ. of derm.*, mai 1891).

L'auteur a observé cette éruption chez une femme de 23 ans, qui avait d'abord présenté de l'urticaire vraie à plusieurs reprises, au cours de l'année 1890. La seconde éruption, apparue en octobre, consistait en papules extrêmement irritables, de 2 à 6 millimètres de diamètre qui disparaissaient en quelques jours; la périphérie gardait une coloration brune, tandis que le centre se décolorait. La place restait irritable pendant longtemps. Cette éruption était localisée principalement sur le tronc. Il a vu encore deux autres cas du même genre observés chez les deux frères simultanément. Cette forme d'urticaire diffère de l'urticaire par plusieurs caractères: celle-ci est une maladie de l'enfance dans laquelle les éléments éruptifs persistent longtemps, accompagnés d'urticaire ordinaire et d'urticaire artificielle; la pigmentation brune occupe la place entière des éléments. Dans la forme décrite par l'auteur, les éléments sont remarquables par la disposition du pigment à leur périphérie, tandis que le centre est pâle; cette éruption est indépendante de l'urticaire; la pigmentation peut être remplacée par des taches blanches;

enfin ce n'est pas une maladie des enfants. Chez ceux-ci, toutefois, on peut observer une forme papuleuse d'urticaire suivie d'une pigmentation brune passagère. Les divers traitements essayés par l'auteur ont eu peu de succès. Le salicylate et le sulfate de soude ont paru avoir une certaine action.

F. BALZER.

Névrodermite aiguë diffuse, par BROcq (*Annales de dermat.*, n° 5, 1891).

Pour Brocq, certaines lésions de la paume des mains avec rougeur pâle et terne, épaissement des téguments, prolifération de l'épiderme, fissures douloureuses, et prurit intense incessant ou par accès, peuvent coïncider, chez le même sujet, avec des plaques typiques de lichen simple chronique et doivent être rattachées, non à l'eczéma, mais à cette variété de lichen, et être considérées comme des névrodermites circonscrites chroniques de la paume des mains. Elles peuvent être observées à l'état isolé, à la paume des mains, chez des malades qui ne présentent en aucun point du corps des placards de névrodermite circonscrite chronique.

F. BALZER.

Considérations sur l'impétigo et certaines de ses localisations chez l'enfant, par DUPRAY (*Thèse de Paris*, 1891).

Aujourd'hui l'impetigo doit être considéré comme une affection contagieuse, inoculable, résultant de l'inoculation superficielle de microbes pyogènes, les staphylocoques. Les enfants atteints d'impétigo peuvent présenter des suppurations multiples : abcès phlegmoneux, adéno-phlegmons, dactylites, tournoles, conjonctivites et kératites, otites, stomatites impétigineuses étudiées par Comby, Sevestre et Gastou, coryzas, bronchites, vulvites. Lannelongue a signalé aussi la coïncidence de l'impétigo et de l'ostéomyélite.

F. BALZER.

Mycosis fongoïde, par BROcq et MATTON (*Soc. de dermat.*, juillet 1891).

Homme âgé de 55 ans, dont l'affection a débuté, il y a deux ans, par une plaque rouge de la main droite à la face dorsale. D'autres plaques ont paru et se sont étendues à presque toute la surface du corps. Elles débutent par une lésion papuleuse, deviennent arrondies ou ovalaires, polycycliques par confluence. Quelques-unes s'ulcèrent, d'autres s'affaissent et paraissent se résorber par un mécanisme de cicatrisation atrophique. Cette évolution se fait avec une assez grande rapidité, parfois en quelques jours ou en quelques semaines. En divers points, les lésions sont ecchymotiques et même saignent quand il y a ulcération. Les lésions ont été assez intenses aux mains où les ongles sont tombés et ont repoussé. Pas de leucocytose. Traitement : injections sous-cutanées d'arsenic bien tolérées par le malade ; pansements avec des pommades à l'acide pyrogallique et à l'aristol.

Les auteurs diagnostiquent un mycosis fongoïde, tout en reconnaissant que la maladie se rapproche de la lymphodermie pernicieuse.

F. BALZER.

Anatomie des Lichen planus (Wilson) par TOROK (*Ziegler's Beitræge z. path. Anat.*, Band VIII, Heft 3, p. 431, 1890).

Le lichen plan débute par une inflammation des couches superficielles du derme ; l'épithélium est d'abord indemne. L'inflammation peut progresser périphériquement pendant que le centre guérit (lichen annulaire). D'autres fois il se produit une hyperplasie de l'épiderme. L'enfoncement

central des petites papules est dû à ce que le centre est retenu par une glande sudoripare, plus rarement par une glande sébacée, tandis qu'autour les papilles dermiques s'hypertrophient. Dans les grandes, c'est à la rétraction du derme qu'est dû cet enfoncement. Dans quelques papules et plaques on voit des corpuscules homogènes, dus sans doute à une transformation hyaline du tissu conjonctif.

C. LUZET.

Tylosis plantæ et palmæ, par Radcliffe CROCKER (*The Brit. Journ. of Derm.*, juin 1891).

Femme âgée de 56 ans, atteinte d'une éruption de pemphigus en 1888-89. C'est au mois d'octobre 1889 que la peau de la paume des mains et de la plante des pieds prit graduellement l'aspect qu'elle présente actuellement. Au moment de son admission, en mars 1890, à Saint John's hospital, elle présentait sur le corps de nombreuses taches érythémateuses à la place des bulles anciennes de pemphigus. Des bulles nombreuses contenant une sérosité claire persistaient encore sur le tronc, avec irritation cutanée intense et paroxystique et sueurs abondantes. En même temps, on constate un épaississement considérable de l'épiderme étendu à la paume des mains et aux doigts, avec un aspect transparent et hyperhydrose marquée. Urine normale. Une amélioration marquée fut obtenue par la quinine, et divers calmants, bromure de potassium, cannabis indica, opium et enfin injections sous-cutanées d'atropine. Celles-ci parurent avoir une action sur l'éruption bulleuse. L'arsenic fut donné à plusieurs reprises. Après une amélioration les divers symptômes reprirent avec une nouvelle intensité, sueurs, démangeaisons, éruption bulleuse, épaississement de l'épiderme aux mains et aux pieds. L'auteur croit que l'hyperhydrose a été plutôt la cause de cet épaississement que l'arsenic, bien que Brooke ait rapporté un cas de kératose d'origine probablement arsenicale. Mais ce cas présente des différences marquées avec le cas actuel où la kératose était diffuse et non punctiforme, comme dans le cas de Brooke. L'auteur rapporte des faits analogues dans lesquels l'influence héréditaire s'est montrée d'une manière remarquable. Il a cru devoir conseiller le nom de tylosis donné à cette affection par Hebra de préférence au terme de kératose adopté récemment par plusieurs auteurs.

F. BALZER.

On a papular acneiform eruption with colloid masses resembling those found in molluscum contagiosum, par PAYNE (*The Brit. Journ. of Derm.*, août 1891).

Miss F..., âgée de 29 ans, présente une éruption aux avant-bras et aux mains, qui a évolué avec rapidité. Elle datait, au mois de janvier 1891, de plus d'un an et consistait en papules coniques, peu colorées, avec épaississement de l'épiderme, avec un petit orifice à leur centre, et un léger suintement liquide intermittent. Ces éléments se modifient peu pendant toute leur durée. L'éruption est localisée surtout à la face dorsale des membres supérieurs; quelques éléments sont disséminés sur les doigts. L'auteur élimine successivement les diverses formes de lichen et d'acné, et constate que la lésion se rapproche surtout du molluscum contagiosum ou acné varioliforme des auteurs français, ou encore de la verrue, mais avec la différence du petit orifice central. L'auteur a examiné certains éléments de diverses manières et a constaté dans l'épiderme l'existence de corpuscules ovalaires ou arrondis, d'apparence colloïde, ressemblant assez aux corpuscules du molluscum contagiosum. Quelques-uns colorés au bleu de méthylène présentaient un double contour, quelquefois un nucléole central. Il n'était pas facile de voir s'ils étaient inclus dans les cellules de l'épiderme. Celles-ci contenaient de l'éléidine. Pas de microbes ni de

champignons. L'auteur croit que l'orifice central conduisait à une glande sébacée. Faut-il considérer les corpuscules décrits comme des psorospermies? ou comme le résultat d'une dégénérescence spéciale de l'épiderme? L'auteur n'est pas disposé à admettre la première hypothèse; il admettrait plus volontiers qu'il s'agit d'une dégénérescence des cellules consécutives à l'envahissement de l'épiderme par un parasite. Il serait possible que cette maladie fût une forme du molluscum contagiosum. Elle diffère totalement des cas qui ont été rattachés au psorospermose, par Darier, White et Boeck. La maladie traitée d'abord sans résultat par des applications de coaltar, guérit par des applications de collodion salicylé.

F. BALZER.

Prurigo et prurit, par BARJON (*Thèse de Paris, 1891*).

Hebra a fort heureusement séparé le prurigo qui porte son nom des autres variétés; le prurigo de Hebra est le lichen agrius des anciens auteurs. Barjon dit que la gravité de son pronostic a été exagérée par Hebra et par ses élèves. Il en existe des variétés atypiques dont la marche se rapproche de celle du type décrit par Hebra. Les prurigos doivent être séparés des prurits secondaires, occasionnés par diverses causes. Ces états morbides, comme le prurigo, peuvent occasionner des papules ou bien se manifester sans éruption. Les causes directes du prurigo de Hebra et des divers prurits nous échappent, mais il est certain que tous sont dominés par une cause générale. Barjon a étudié soigneusement la partie thérapeutique de son sujet; il conclut que, dans tous les cas, l'enveloppement (ouate, caoutchouc, colle d'Unna) en supprimant les réflexes cutanés, est le moyen par excellence pour calmer la démangeaison ou même la faire disparaître pour un temps variant de quelques jours à plusieurs mois. Ce traitement qu'il a vu expérimenter par Tenneson donne les meilleurs résultats.

F. BALZER.

Observation d'alopécie du cuir chevelu et de la barbe avec striation transversale des ongles à la suite d'un séjour dans les pays chauds, par JARDET (*Annales de dermat., juin 1891*).

Après trois mois de séjour dans l'Amérique du Sud, l'auteur qui rapporte sa propre observation, s'est aperçu que les poils devenus secs et ternes tombaient en nombre considérable. Les ongles présentaient à leur partie moyenne un boursilet transversal; ils étaient décolorés du côté de la matrice. Cette chute des cheveux est, paraît-il, commune chez les individus qui séjournent dans les pays chauds. L'auteur l'explique par des troubles de la nutrition cutanée résultant de la chaleur et de la congestion vive qu'elle provoque vers la peau.

F. BALZER.

Recherches sur la trichorrhéxis nodosa, par Paul RAYMOND (*Annales de dermat., juillet 1891*).

L'auteur démontre dans ce travail l'extrême fréquence de cette altération des poils qu'il a constatée chez la femme aussi bien que chez l'homme. Elle est extrêmement commune sur les poils des organes génitaux. Raymond étudie, d'une part, les phases initiales de la lésion qui aboutit à la nodosité, période ultime de l'altération pilaire et d'autre part les micro-organismes qui érodent le poil et sont la cause des nouures. Il a pu isoler et cultiver un diplocoque qui se rapproche à certains égards du staphylocoque pyogène, mais qui en diffère par son évolution en cul-

ture et qui d'ailleurs n'est pas pyogène. Il considère la trichorrhœxis comme étant déterminée par ce parasite, bien qu'il n'ait pas pu reproduire la maladie chez les animaux. Cette affection ne doit pas être considérée comme dépendant d'un trouble trophique, mais bien comme étant de nature parasitaire.

F. BALZER.

Un cas de *molluscum fibreux* du col utérin, par MARTIGNY (*Thèse de Paris*, 1891).

L'auteur rapporte une intéressante observation de *molluscum* du col de l'utérus. Cette tumeur a été observée chez une femme âgée de 34 ans qui avait présenté déjà deux tumeurs développées aux orteils. Ces deux tumeurs étaient des *molluscs* fibreux. La tumeur utérine s'était développée lentement sur la lèvre antéro-externe du col et avait fini par remplir le vagin et par franchir la vulve. Cette tumeur fut opérée sans difficulté et l'examen montra qu'il s'agissait d'une néoplasie kystique, constituée principalement par une hypertrophie folliculaire considérable.

F. BALZER.

I. — Recherches sur la nature d'un *lupus érythémateux*, [par HALLOPEAU et JEANSELME (*Congrès de la tuberculose. Gaz. des hôpit. et Bull. méd.*, août 1891)].

II. — Sur une complication générale, encore mal connue, de nature infectieuse du *lupus vulgaire*, par LESPINNE (*Ibid.*).

III. — Recherches expérimentales sur l'inoculation des produits scrofulo-tuberculeux et en particulier du *lupus vulgaire*, par LELOIR, NOCARD, etc. (*Ibid.*).

I. — Hallopeau et Jeanselme ont institué quelques recherches sur la nature du *lupus érythémateux*, à l'occasion d'un sujet, atteint simultanément depuis son adolescence de cette variété de *lupus* et de tuberculose ganglionnaire, et mort de tuberculose miliaire aiguë. Bien que les résultats des recherches bacillaires et des inoculations, positifs pour les granulations miliaires et les adénopathies caséuses, aient été négatifs pour le tissu lupique, ils pensent, vu les relations de la tuberculose et du *lupus érythémateux*, que certaines formes typiques de ce dernier sont un produit de l'infection tuberculeuse. Ils expliquent l'échec des inoculations par ce fait que le contagion est très atténué; mais ce n'en serait pas moins une manifestation de la tuberculose.

II. — Lespinne a recueilli plusieurs observations de complications, de nature infectieuse, survenant chez des sujets atteints de *lupus vulgaire*. Après un exposé général de ces accidents il se résume ainsi : Il peut se produire dans le cours du *lupus* une complication générale spéciale, effet de la résorption, au niveau de l'ulcération lupique, de toxines microbiques.

Cette intoxication peut se manifester par l'ascension brusque de la température, avec état typhique, phénomènes catarrhaux des muqueuses et mêmes phénomènes du côté des séreuses, ce qui peut simuler le début d'une dothiéntérie ou d'une granulie miliaire aiguë.

Après l'élimination de ces produits infectieux, les symptômes, dans certains cas s'amendent peu à peu et disparaissent sans laisser aucune trace. D'autres fois ils deviennent le signal de la période d'invasion de

tout l'organisme par un agent qui jusqu'alors ne s'était attaqué qu'à la peau. La tuberculose devient alors générale.

III. — Lebir, après avoir rappelé qu'il est incontestable que le lupus vulgaire est une des variétés de la tuberculose cutanée, établit, par la relation des nombreuses expériences, qu'il existe entre la tuberculose franche et la scrofulo-tuberculose du lupus, une différence très prononcée. La première prend partout en général, tandis que le lupus ne prend que dans certains milieux appropriés; ce dernier est donc une tuberculose locale, tuberculose peu virulente, peu riche en agents pathogènes et offrant les caractères spéciaux suivants : Petit nombre de bacilles; nécessité d'inoculer dans un milieu favorable; nécessité d'inoculer un animal favorable; lenteur de l'infection de l'animal. Si l'on se place au point de vue de la virulence, il semble que la tuberculose tégumentaire puisse se classer ainsi, en suivant une progression croissante : lupus, gommès scrofulo-tuberculeuses, tuberculose cutanée des téguments.

Nocard mentionne, à l'appui du rôle joué par le nombre des microbes dans la question de virulence, ce fait que, dans les scrofules du porc, pauvres en microbes, l'inoculation de ces produits ne tue les lapins qu'après des passages des cobayes aux lapins.

Arloing, qui a pratiqué de nombreuses expériences se rapportant à la tuberculose chirurgicale estime que, outre la question de quantité des microbes, il faut aussi faire intervenir la question de qualité. Suivant lui les tuberculoses chirurgicales présentent, au point de vue de la virulence, des variétés fort différentes.

Verneuil est d'avis qu'il faut attribuer à la quantité des microbes et à l'intensité du poison les différences d'effets des inoculations des produits tuberculeux.

OZENNE.

Apparently successfull cultivation of the bacillus lepræ, par A. KANTHACK et A. BARCLAY (*Brit. med. journ.*, p. 1222, 6 juin 1891).

Les auteurs ont sectionné le lobule de l'oreille d'un lépreux atteint de lèpre tuberculeuse : des fragments du lobule ont été plongés dans du bouillon qui au bout de trois jours a commencé à contenir des bacilles colorables par la méthode d'Ehrlich. L'ensemencement sur l'agar et la gélatine d'une goutte de ce bouillon a reproduit des colonies identiques d'une culture pure du bouillon en question, qui se rapproche beaucoup, au point de vue morphologique, de celui de la tuberculose. H. R.

I. — Rhinosclérome durant depuis 18 ans; lésions du nez, de la lèvre supérieure, du voile du palais et des piliers, de l'épiglotte et du larynx; accidents de suffocation; trachéotomie, par VIDAL (*Bull. de la Soc. de derm.*, juillet 1891).

II. — Traitement du rhinosclérome, par BESNIER (*Ibid.*).

III. — Recherches histologiques et bactériologiques sur le rhinosclérome, par JACQUET et NETTER (*Ibid.*).

I. — Le rhinosclérome a commencé à 22 ans chez la malade observée par Vidal; à la suite de l'envahissement du larynx, on fut obligé de faire la trachéotomie, et la malade survit depuis deux ans à cette opération, dans un état de santé relativement satisfaisant malgré l'envahissement considérable de la néoplasie; celle-ci évolue depuis 18 ans.

II. — Besnier traite actuellement un rhinosclérome par les flèches de pâte de Canquoin qui paraissent s'opposer efficacement à l'envahissement du néoplasme.

III. — Jacquet a constaté dans la tumeur traitée par Besnier la présence d'un microbe identique au streptocoque pyogène et de plus le bacille décrit par Fritch et qui présente les mêmes caractères que le microbe décrit par Friedländer. Netter considère le bacille du rhinosclérome comme identique au microbe de Friedländer. Il est disposé à admettre qu'il est bien réellement la cause du rhinosclérome, bien que l'expérimentation ait toujours échoué jusqu'ici.

F. BALZER.

Influence de l'antisepsie intestinale sur quelques éruptions médicamenteuses, par GRÉMAUD (Thèse de Paris, 1891).

L'auteur étudie avec soin les éruptions médicamenteuses et notamment celles qui sont causées par le bromure de potassium et le borax. Ces éruptions coïncident fréquemment avec des troubles gastro-intestinaux et l'antisepsie intestinale peut les combattre efficacement. L'auteur complète à ce point de vue les résultats déjà signalés par Féré.

L'administration journalière de 4 grammes de naphthol B et de 2 grammes de salicylate de bismuth a permis aux malades présentant des éruptions dues au bromure de potassium et au borax, de continuer ces médicaments qui, dans aucun cas, n'ont dû être suspendus et ont pu même être donnés à hautes doses et avec augmentation des effets thérapeutiques. L'administration de ces antiseptiques intestinaux n'a déterminé chez les malades aucun inconvénient appréciable. Les purgatifs, les diurétiques, les arsenicaux, les soins de propreté de la peau sont des adjuvants utiles de l'antisepsie intestinale.

F. BALZER.

Des hydrargyries pathogénétiques. Erythèmes polymorphes scarlatiniformes dus à l'usage interne du mercure, par A. MOREL-LAVALLÉE (Revue de médecine, 10 juin 1891).

Bien que les éruptions consécutives à l'usage interne du mercure aient été signalées par Alley, il y a près d'un siècle, et étudiées à nouveau par Bazin, elles sont tellement rares que leur existence aujourd'hui encore est contestée par un grand nombre de médecins, témoin la discussion qui a eu lieu à la Société de thérapeutique le 26 février 1890.

Morel-Lavallée, ayant eu l'occasion de recueillir 3 observations personnelles d'hydrargyries survenues dans ces conditions, a pu réunir 19 autres observations empruntées à de nombreux auteurs. C'est à l'aide de ces 22 cas qu'il décrit leur histoire clinique.

Il s'agit généralement d'éruption scarlatiniforme débutant par la région inguino-crurale, y restant localisée dans les cas bénins, mais pouvant se généraliser dans les cas graves et atteindre la face elle-même. Cette éruption, d'un rouge vif, apparaît ordinairement sous forme de larges plaques, et à sa surface on rencontre fréquemment de petites vésicules transparentes, puis lactescentes. Dans quelques cas, ces vésicules sont remplacées par de larges phlyctènes opalines, et presque toujours alors on constate un gonflement œdémateux assez considérable. En même temps que l'éruption, le malade éprouve des démangeaisons irré-

sistibles accompagnées de cuisson, de sensation de brûlure. Le début est généralement brusque et la température s'élève très rapidement au voisinage de 40°, mais reste peu de temps à ce degré maximum.

Le malade éprouve fréquemment, en outre, une stomatite plus ou moins intense avec salivation, gonflement de la langue, qui dans les cas intenses sera remplacé au bout de quelques jours par une desquamation comparable à celle de la scarlatine. Les autres troubles les plus fréquents sont les vomissements et la diarrhée, cette dernière pouvant être parfois tellement abondante qu'elle s'accompagne rapidement d'accidents cholériformes passagers.

Sur les 22 observations réunies par Morel-Lavallée, dans 16 cas il est fait mention d'une desquamation lamellaire scarlatiniforme, sauf dans un cas, où elle était furfuracée. Ordinairement précoce du troisième au huitième jour, elle peut se faire attendre jusqu'au trente-cinquième et même au quarantième jour, et se poursuit plus ou moins, suivant l'intensité des cas. De quelques heures à quelques jours dans les cas bénins, elle a duré 25, 33, 55 jours dans les cas graves. Dans ces formes graves on a vu la maladie suivie de la chute des ongles, qui au préalable étaient devenus épais, craquelés, écailleux, striés en long. La chute des cheveux elle-même peut être observée. Lorsque les phlyctènes sont nombreuses et étendues, il se forme des croûtelettes roussâtres, suintantes, qui se dessèchent peu à peu.

La durée de la maladie dans les cas graves peut atteindre 2 à 3 mois et même davantage; mais ordinairement elle oscille entre 8 et 20 jours. Parfois la guérison est complète sur tout le corps, sauf en un point, où elle se cantonne et où l'on peut voir se continuer pendant une ou plusieurs semaines la rougeur, le suintement ou la desquamation. Il importe de savoir que les récidives sont sinon la règle, au moins fréquentes, lorsqu'on administre de nouveau le mercure à l'intérieur.

Les préparations qui ont donné le plus souvent lieu à ces éruptions sont le calomel et le protoiodure de mercure; mais comme on les observe également à la suite de l'administration du mercure métallique, on peut en conclure que c'est bien l'ingestion de ce médicament et non pas l'adjonction du métalloïde, chlore ou iode, qui donne lieu aux accidents. Tantôt précoce, consécutive à l'administration de quelques centigrammes de calomel à dose fractionnée, tantôt, au contraire, cette hydrargyrie n'apparaît que lorsque l'économie est pour ainsi dire saturée de mercure; dans ces derniers cas la salivation et la stomatite ne font pour ainsi dire pas défaut. Il y a à cet égard de nombreuses idiosyncrasies.

Le traitement dans les cas légers sera nul ou à peu près : repos au lit, régime lacté, suppression des mercuriaux; dans les cas graves, au contraire, il faudra recourir à l'enveloppement ouaté, aux onctions protectrices et à tous les moyens employés dans les érythrodermies exfoliatrices intenses.

C. GIRAudeau.

Exanthème produit par la rhubarbe, par LITTEN (*Therap. Monatshefte* décembre 1890).

Un homme de 45 ans se présente à la consultation avec le visage tuméfié, couvert de croûtes et d'exsudations puro-sanguinolentes. Le reste du corps

est atteint d'une éruption polymorphe, constituée par des pustules et par des plaques hémorragiques. Sur plusieurs points se voient de larges bulles de pemphigus. Au-dessous des croûtes on trouve des ulcérations de mauvaise apparence. Mêmes lésions sur les muqueuses : adénopathies douloureuses multiples. Le malade attribuait son mal à l'absorption d'une certaine quantité de rhubarbe : il avait toujours constaté que ce médicament produisait chez lui des poussées éruptives. Litten vérifia son dire, et à quelques jours de là reproduisait l'éruption en redonnant une nouvelle dose de rhubarbe. Chose curieuse, l'ingestion de l'acide chrysophanique ne donnait lieu à aucun effet.

Un cas analogue a été publié par Goldenberg (*New York med. J.*, décembre 1889.)

H. R.

The parasitic nature of psoriasis : its treatment by mercury, par E. MAPOTHER (*Brit. med. j.*, p. 110, janvier 1891).

Mapother soigne depuis longtemps le psoriasis par le mercure, et il en conclut à la nature parasitaire de la dermatose. Il rappelle les faits cités par Unna, d'une nourrice donnant le psoriasis à trois nourrissons successifs, et les inoculations positives faites à des animaux. Il insiste également sur la marche excentrique des plaques de psoriasis, qui rappelle le développement des mycéliums de champignon. Mais toutes ces vues sont théoriques, et l'isolement du parasite n'a pas été fait.

Le bon effet du traitement du psoriasis par le calomel, ou mieux encore par le bichlorure de mercure, ne prouve pas la nature parasitaire de l'affection ; car Bazin, avec ses idées sur l'origine diathésique du psoriasis, employait parfois le mercure avec succès dans les formes invétérées de cette dermatose.

H. R.

Emploi des divers savons médicamenteux, par CARBLÖM (*The Brit. Journ. of Derm.*, juin 1891).

Carblöm a fait à Riga une série d'expériences d'où il tire les conclusions suivantes : le savon à la résorcine et à l'acide salicylique réussit surtout dans les affections parasitaires, dans l'eczéma séborrhéique, le psoriasis, l'acné, l'ichthyose, quand il y a épaississement de la peau. Dans les mêmes affections, à marche chronique il faut associer le soufre dans ce même savon : on peut aussi l'employer dans le favus et la teigne. Le savon à la quinine réussit dans le pityriasis versicolor, dans l'intertrigo des enfants. Le savon à l'hydroxylamine sera prescrit surtout dans le lupus, la teigne, les psoriasis et eczémas invétérés, quelquefois dans la lèpre et la syphilis. Le savon à l'iodoforme à 5 0/0 convient dans les ulcères torpides. Les savons à la créoline conviennent dans la gale, l'impétigo, l'intertrigo ; à l'ergotine, dans la couperose simple, dans les congestions de la peau ; à l'iode, dans le goitre, les engorgements ganglionnaires, la teigne, le psoriasis, le pityriasis versicolor, etc. Le savon à la créosote et à l'acide salicylique donne d'excellents résultats dans le lupus, alterné avec les procédés chirurgicaux.

F. BALZER.

Ueber die Anwendung eintrocknender Linimente (Linimenta exsiccantia) bei der Behandlung von Hautkrankheiten (Traitement des maladies de la peau par les liniments siccatifs), par PICK (*Archiv für Derm. und Syph.*, Heft 4, 1891).

Pick formule le liniment siccatif suivant : gomme adragante pulvé-

risée, 5 grammes; mêlez exactement avec : eau distillée, 100 grammes; glycérine, 2 grammes. Ce liniment d'une consistance sirupeuse se dessèche facilement sur la peau et y forme un enduit qu'on peut ensuite laver facilement. On peut y incorporer un grand nombre de substances : goudron, ichthyol, baume du Pérou, chrysarobine, oxyde de zinc, iodoforme, acide salicylique, résorcine, etc... On voit que ce liniment peut rendre de grands services comme excipient. Pick l'a déjà employé en y mélangeant des substances actives sans avoir vu survenir de phénomènes d'intoxication, bien que le mélange eût été étendu sur de grandes surfaces.

F. BALZER.

I. — Le baume du Pérou dans les ulcères tuberculeux, par THIELE (*Wratsh*, n° 50, 1890).

II. — Baume du Pérou dans les lupus et les ulcères vénériens, par de AMICIS (*Gaz. degli Ospitali*, septembre 1890).

I. — L'auteur a employé avec succès une gaze imprégnée de baume du Pérou, dans le traitement des ulcères, et principalement des ulcères tuberculeux, qu'il a vu rapidement modifiés par ces applications.

II. — D'après De Amicis, le baume du Pérou cicatrise les ulcères syphilitiques. Cette action se manifeste aussi sur l'ulcération du lupus et beaucoup moins sur le lupus lui-même. A sa période virulente le chancre mou n'est pas modifié, mais seulement après destruction de la virulence par un caustique.

F. BALZER.

L'hérédité syphilitique, par FOURNIER; leçons recueillies par PORTALIER (1 vol., Paris, 1891).

L'hérédité syphilitique peut se traduire par des accidents de syphilis proprement dits. Elle peut amener aussi des accidents dits parasymphilitiques, notamment la cachexie fœtale amenant la mort *in utero* ou peu de temps après la naissance. Cette cachexie peut encore provoquer des dystrophies diverses, des malformations congénitales, une prédisposition aux affections du système nerveux et aux affections scrofulo-tuberculeuses.

Fournier admet l'authenticité de l'hérédité paternelle en se basant sur les quatre témoignages suivants : 1° Etat hérédo-symphilitique d'enfants issus d'un père syphilitique et d'une mère saine; 2° Fréquence excessive des avortements dans les ménages où le père seul est entaché de syphilis; 3° Dans ces mêmes ménages, tendance aux avortements immédiatement enrayée par le traitement spécifique du père; 4° preuves indirectes, dérivant de la syphilis conceptionnelle.

Les enfants provenant de mères syphilitiques meurent dans la proportion de 60 0/0; les enfants provenant de pères syphilitiques, 28 0/0; quand les deux géniteurs sont syphilitiques, 68,5 0/0. La proportion des enfants syphilitiques, quand la mère seule est atteinte est de 84 0/0; quand le père seul est syphilitique, 37 0/0; quand les deux parents sont infectés, 92 0/0. Le temps atténue cette effroyable morbidité. Sur 562 grossesses avec enfants syphilitiques, l'auteur n'en a relevé que 60 après la sixième année. Il l'a constatée une fois après la douzième et la quinzième année. Il est rare qu'on observe l'hérédité au cours de la syphilis tertiaire. Campbell a cité un cas au bout de 17 ans, Weil, Henoch, l'ont

vue au bout de 20 ans. Le traitement atténue aussi de la façon la plus nette la tendance à la transmission héréditaire. Il est remarquable de voir que cette influence est parfois transitoire : un enfant syphilitique peut naître après un enfant sain. Mais la garantie du traitement ne peut être séparée de celle du temps, et l'on ne doit pas permettre le mariage aux syphilitiques avant un intervalle de trois ou quatre années consacrés au traitement.

Il n'y a pas de rapport constant entre la gravité et la transmissibilité héréditaire de la syphilis. Bien plus la maladie peut se transmettre alors qu'aucun des parents ne présente depuis un certain temps d'accidents syphilitiques.

A côté de la syphilis conceptionnelle qui se traduit par des accidents manifestes du deuxième au quatrième mois de la grossesse, il existe une syphilis latente qui ne se traduit que par l'immunité qu'elle confère à la femme. Colles et avant lui Baumès ont établi en loi qu'un enfant syphilitique ne contagionne jamais sa mère. Toutefois, plus tard, cette syphilis conceptionnelle latente peut se traduire par des manifestations syphilitiques tertiaires.

Dans certains cas exceptionnels, ces données relatives à l'atténuation par le temps et le traitement se trouvent en défaut. La transmission héréditaire a pu se faire après un temps long et un traitement énergique ; elle peut manquer dans les conditions contraires. La raison de ces exceptions reste ignorée. On peut voir aussi un enfant syphilitique naître dans un ménage après plusieurs enfants sains. Ces alternances héréditaires peuvent être expliquées quelquefois par une influence thérapeutique ; dans d'autres cas elles restent inexpliquées. Une grande réserve s'impose relativement aux résultats de l'hérédité syphilitique.

L'hérédité constitue le pire danger de la syphilis, car la mortalité qu'elle réalise est infiniment supérieure à celle qui dérive de la modalité la plus grave, la plus pernicieuse de la syphilis. Dans un ménage syphilitique il y a plus de 50 0/0 de risques pour que la disposition morbide des parents se refléchisse sur le produit de conception. En ville la mortalité infantile s'élève à plus de 42 0/0. Dans les hôpitaux la statistique donne 84 à 86 morts 0/0.

L'auteur admet l'hérédité syphilitique à la seconde génération ; toutefois les faits publiés jusqu'ici ne sont pas absolument démonstratifs.

Aujourd'hui on admet généralement l'urgence absolue de soumettre au traitement mercuriel les femmes syphilitiques en état de gestation. Le cas est embarrassant parfois lorsque la femme enceinte pour la première fois ne présente aucune manifestation syphilitique. La situation du mari peut parfois guider les indications ; dans certains cas l'incertitude est grande, mais si l'on croit devoir prescrire un traitement, on ne trouve pas d'obstacle du côté de la femme qui s'y soumet toujours par dévouement maternel.

L'enfant né de parents syphilitiques ne peut être nourri que par sa mère. Comme direction et comme durée, le traitement de l'hérédo-syphilis doit être calqué sur celui de la syphilis acquise. Il ne suffit pas de la traiter pendant les accidents, il faut aussi la traiter en dehors de toute manifestation.

Cet important ouvrage complète dignement la série des études de

Fournier sur la syphilis héréditaire et sur la pathologie générale de la syphilis.

F. BALZER.

I. — Note sur la prophylaxie de la syphilis concernant la contre-visite des nourrices, par DUVERNET (*Annales de dermat.*, n° 5, 1891).

II. — Nourrices en incubation de syphilis, par FOURNIER (*Ibidem*, juin 1891).

I. — Indépendamment des mesures déjà prises pour l'inspection des nourrices, l'auteur demande que l'on adopte encore les dispositions complémentaires suivantes : 1° Toute nourrice sur lieux qui, depuis moins de deux mois, a donné le sein à un nourrisson, doit, pour être autorisée à un nouvel allaitement, produire un certificat médical attestant que ce nourrisson n'était atteint d'aucune maladie contagieuse ; 2° la nourrice qui n'aura pas été munie de ce certificat pourra y suppléer par un certificat médical, daté d'une époque correspondant à un délai de deux à trois mois, à partir du jour où elle aura été séparée de son dernier nourrisson ; 3° toute personne qui prend, dans un bureau, une nourrice, accepte l'obligation de procurer à cette nourrice, au moment de sa sortie de place, un certificat médical attestant que son nourrisson n'était atteint d'aucune maladie contagieuse.

II. — Dans ce rapport lu à l'Académie de médecine, Fournier recommande le projet de Duvernet qui pourrait combler deux lacunes importantes de la réglementation actuelle : 1° Protéger les nourrices sur lieu contre les contaminations dérivant de leurs nourrissons ; 2° donner des garanties contre les nourrices qui ont quitté leurs nourrissons et sont en incubation de syphilis. Le projet de Duvernet offre donc à la fois aux nourrices, et aux familles des garanties équivalentes et met les deux parties en mesure de les fournir. Cette réglementation écartera des bureaux de placement un certain nombre de familles dangereuses, qui redouteront l'obligation du certificat d'immunité de leur enfant, en cas de maladie de l'enfant et de suspension forcée de l'allaitement. Plus sûrement encore, elle constituera une barrière contre l'infection des enfants par les nourrices en incubation de syphilis.

F. BALZER.

I. — Pseudo-réinfection syphilitique, par DE MOLÈNES (*Annales de dermat.*, n° 5, 1891).

II. — De la réinfection syphilitique, par PETIT (*Thèse de Paris*, 1891).

I. — En mai 1890, l'auteur, chez un mala le atteint d'angine depuis quinze jours, diagnostique un chancre de l'amygdale ; deux mois après apparaissent la roséole, l'alopecie, l'adénopathie, les plaques muqueuses ; au mois de septembre, syphilides papuleuses du tronc et des membres, hydarthrose double secondaire des genoux. Or, le malade affirme avoir été traité à Saint-Louis pour la syphilis trois ans auparavant. Il aurait eu un chancre qui fut cautérisé par le nitrate d'argent, puis une roséole, mais pas de plaques muqueuses ni d'alopecie ; seulement, il aurait eu de la céphalée à plusieurs reprises et deux fois une éruption rouge qui disparaissait en quelques jours. Mais peu de temps après ayant eu la migraine, il prit de l'antipyrine et revint montrer à l'auteur une éruption semblable à celles qui l'avaient conduit autrefois à Saint-Louis. Il ne fut pas difficile de reconnaître une roséole médicamenteuse et de conclure légitimement, à propos de la première infection, à un pseudo-chancre induré par le nitrate d'argent, à des migraines et à des

roséoles antipyriniques et non syphilitiques. Cette observation montre quelle rigueur il faut apporter dans le diagnostic de la réinfection syphilitique.

II. — L'auteur a rassemblé dans sa thèse un grand nombre d'observations de réinfection syphilitique dont il donne la critique en adoptant à peu près le même ordre que l'auteur du travail précédent. Il tient pour suspectes toutes les observations de réinfection qui se sont manifestées moins de quatre ans après la première atteinte du mal. Quand, au contraire, la seconde syphilis survient à une époque éloignée, il croit qu'on est obligé, dans certains cas, d'admettre que réellement la réinfection s'est produite. Théoriquement et en se basant sur les analogies de la syphilis avec d'autres maladies infectieuses, il est difficile de ne pas admettre la possibilité de la réinfection. Le diagnostic exige sans doute une grande rigueur. Mais il faut reconnaître que dans certaines observations on ne peut invoquer pour la nier que des arguments *ad hominem*.

F. BALZER.

Second infection with syphilis, par TAYLOR (*New York med. journ.*, p. 332
20 septembre 1890).

La réinfection syphilitique a été observée dans ces deux cas :

1^o Femme de 38 ans ayant eu à l'âge de 27 ans la syphilis avec induration vulvaire, adénopathie, roséole, céphalée nocturne; un an plus tard douleurs rhumatoïdes et plaques muqueuses; la troisième année, syphilides serpiginieuses, etc. Deux enfants sains en apparence, mais morts de bonne heure. On observe chez elle des syphilides miliaires sur toute la surface du corps; tous les ganglions sont tuméfiés. Il y a des plaques muqueuses sur la langue et dans le reste de la bouche; il y a de l'alopécie, des douleurs articulaires. Elle est plus souffrante qu'à l'époque de la première infection. Amélioration par le traitement mercuriel.

2^o Femme de 49 ans traitée en 1879 pour une syphilis héréditaire manifeste; sa mère avait contracté la syphilis peu de temps avant sa naissance; elle-même avait de la roséole, des condylomes. Le diagnostic était certain.

Or, en 1885 cette femme se présente avec des syphilides papulo-squammeuses, des condilomes génitaux, des plaques muqueuses du pharynx; le chancre siège à la grande lèvre droite; les ganglions sont tuméfiés. Le mari de la malade est également syphilitique.

L. GALLIARD.

De l'immunité syphilitique, par HUDELO (*Annales de dermat. et de syph.*, n^o 5
et 6, 1891).

Pendant l'évolution de la syphilis constitutionnelle, l'organisme infecté reste réfractaire au développement d'une nouvelle syphilis, et cela même après que les accidents contagieux et inoculables ont fait place aux accidents tertiaires. Il n'y a pas d'exemples de réinfection authentique d'un syphilitique porteur d'accidents secondaires. Il n'y a pas d'exemple de résultat positif d'une réinoculation tentée sur un individu porteur de lésions syphilitiques tertiaires. L'immunité dure donc tant que la syphilis évolue.

A quel moment l'immunité syphilitique est-elle constituée? 1^o Dès l'incubation du chancre, mais elle peut manquer, souvent dans les premiers jours de ce stade : d'où les chancres successifs à origines distinctes et les chancres successifs nés à des intervalles prolongés; 2^o Il est de règle que l'immunité syphilitique s'établisse à la naissance du chancre;

il serait possible qu'elle manquât parfois, au moins dans les premiers jours de l'évolution chancreuse, avant l'adénopathie symptomatique; le bubon développé, l'immunité est faite: elle aura déjà un certain âge quand apparaîtront les accidents dits constitutionnels. Il est donc légitime de tenter le traitement abortif du chancre par l'incision faite avant l'apparition de l'adénopathie.

Quand finit l'immunité syphilitique? Les nombreux faits de réinfection publiés peuvent être divisés en trois groupes: 1° réinfection seulement avec le chancre; 2° réinfection avec chancre et adénopathie satellite; 3° réinfection avec chancre, adénopathie et accidents constitutionnels ultérieurs. L'auteur analyse et critique ces divers groupes de faits en s'appesantissant surtout sur le dernier. Il conclut avec Ricord que la syphilis ne se double pas. Parmi les observations publiées une dizaine pourraient être considérées comme valables; une discussion sévère en réduirait encore le nombre.

Pour les hérédosyphilitiques également la réinfection est possible, mais non encore démontrée; les observations, pour être légitimes, doivent mentionner l'histoire complète des deux syphilis; les divers stigmates de l'hérédosyphilis ne sont pas pathognomoniques; ils n'ont pour Fournier qu'une valeur relative.

F. BALZER.

L'encéphalite syphilitique, par LANCEREAUX (*Archives gén. de médecine, avril et mai 1891*).

L'encéphalite syphilitique scléreuse ou diffuse est constituée par un ou plusieurs foyers d'induration disséminés, tantôt directement liés à l'action du virus spécifique, tantôt secondaires à une lésion osseuse de voisinage. C'est une sclérose distincte des scléroses non spécifiques par une plus grande tendance des éléments conjonctifs à subir la transformation grasseuse et par les altérations secondaires qui en sont la conséquence.

L'encéphalite circonscrite ou gommeuse est plus commune et plus facile à reconnaître. Les gommès de l'encéphale, assez semblables, à une certaine période, au tubercule, au gliome ou au sarcome, offrent plus tard de l'analogie avec une bouillie athéromateuse des kystes séreux ou hémorragiques anciens.

De la comparaison des lésions de la syphilis cérébrale et de celles de la périencéphalite diffuse, il résulte que ces lésions sont absolument dissemblables.

L'étude symptomatique de l'encéphalite syphilitique a, pour base, ce fait important que le désordre, primitivement localisé au stroma, n'intéresse que secondairement les éléments nerveux.

L'encéphalite syphilitique a pour caractère principal d'engendrer une raideur ou une contraction permanente et progressive. Les désordres intellectuels s'ajoutent à une certaine période. Ils se traduisent quelquefois par de l'aphasie, plus souvent par un simple embarras de la parole, du délire, de la démence et du coma.

L'évolution est lente et progressive.

RICHARDIÈRE.

Rapports de la syphilis et de la paralysie générale, par BONNET (*Thèse de Paris, 1891*).

Il y a plus qu'une coïncidence dans la grande fréquence de la syphilis chez les paralytiques généraux. Aucune autre cause ne se rencontre aussi souvent dans les antécédents des malades. Les autres causes n'ont qu'une influence secondaire, adjuvante; ces autres causes sont l'hérédité et l'alcool. L'auteur a noté la syphilis 10 à 14 fois 0/0 chez les aliénés en général et 66,6 à 80,2 0/0 chez les paralytiques généraux. Ces statistiques ont été relevées à l'asile de Villejuif.

F. BALZER.

De l'érythème circiné tertiaire de la syphilis, par BRAUMAN (*Thèse de Paris, 1891*).

Dans ce travail dont les documents principaux (33 observations) ont été fournis par Fournier, l'auteur établit la fréquence relative des accidents superficiels cutanés et muqueux de la syphilis à une époque très éloignée du début, chronologiquement tertiaire. La peau présente une éruption érythémateuse rose pâle, un peu jaunâtre, surtout au déclin; très superficielle sans aucun relief, elle forme des cercles, des anneaux, des ellipses circonscrits à une étendue restreinte du tégument. C'est l'érythème circiné tertiaire; on observe aussi parfois une éruption papuleuse superficielle. Sur la langue on voit se développer des plaques sèches, lisses, superficielles, arrondies, décapillées; c'est la glossite tonsurante ou décapillante circinée. Suivant l'auteur ces lésions et surtout l'érythème circiné tertiaire, apparaissent en général chez les malades qui ont suivi un traitement mercuriel prolongé; elles semblent indiquer une atténuation de la maladie par le mercure à une époque où les accidents sont généralement profonds et graves. L'érythème circiné tertiaire et la glossite décapillante sont des lésions tenaces; le traitement peut durer de un à trois mois. Les récidives sont fréquentes. Le traitement doit être à la fois ioduré et mercuriel.

F. BALZER.

Traitement des affections syphilitiques de l'œil par les injections intra-musculaires de salicylate de mercure, par GERMAN (*Archiv f. Derm. und Syph., Heft 5, 1891*).

L'auteur a traité 52 cas d'affections oculaires par les injections de salicylate de mercure (0.1 : 10 paraffine liquide) avec d'excellents résultats; peu de douleurs, pas d'abcès, gingivite seulement deux fois. Le nombre des injections a été pour la kératite parenchymateuse de 3 à 6; pour l'iritis de 3 ou 4; pour la chorioretinite de 3 ou 4.

F. BALZER.

Syphilide tertiaire serpiginieuse et non destructive avec douleurs névralgiques et décoloration des poils, par ANDERSON (*The Brit. Journ. of Derm., mai 1891*).

Homme âgé de 38 ans, présentant une éruption serpiginieuse, symétrique aux deux joues, d'apparence tuberculeuse, sans destruction ulcéreuse ni cicatricielle, mais s'accompagnant de disparition du pigment à la peau et dans les poils des sourcils atteints par la lésion. Cette lésion qui datait de sept mois s'accompagnait de douleurs offrant nettement un caractère névralgique. Ce malade avait eu autrefois au pénis un ulcère non suivi pourtant d'acci-

dents ressemblant à la syphilis. On songea pourtant à une affection syphilitique et le traitement ioduré montra rapidement que ce diagnostic était fondé. Les altérations pigmentaires, la tendance à la symétrie, les douleurs névralgiques, auraient pu faire songer à une affection trophoneurotique. F. BALZER.

Étude sur l'épididymite syphilitique secondaire, par GUILLERET (*Thèse de Lyon, 1891*).

L'épididymite syphilitique isolée est fréquente à la période secondaire et parfois dès les premiers temps de cette période. L'auteur en rapporte douze observations personnelles. La lésion se localise dans le tissu interstitiel péricanaliculaire. Sa marche subaiguë ou chronique fait qu'elle n'est souvent découverte qu'à l'examen méthodique des bourses. Elle ne cause pas de lésions destructives et laisse intactes les fonctions génésiques. Mais elle indique habituellement une vérole grave qui doit être traitée sérieusement. Le mercure seul peut la guérir; en cas d'insuccès il faut l'associer à l'iode.

F. BALZER.

Leçons cliniques sur les affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme, par DU CASTEL, recueillies par BERDAL et CRITZMAN (*Un vol., Paris, 1891*).

L'auteur entreprend dans cet excellent ouvrage l'étude trop délaissée aujourd'hui de la séméiologie d'un certain nombre de lésions cutanées. Il a choisi celles dont l'extrême fréquence doit légitimement nécessiter des descriptions minutieuses. Les premières leçons sont consacrées à l'étude des chancres. Du Castel, à propos du chancre mou, insiste sur les utiles renseignements que peut donner l'examen microscopique des produits de sécrétion des chancres. Leloir a appelé l'attention sur ce moyen de diagnostic qu'il qualifie de signe du raclage. Nous avons montré de notre côté que notamment la constatation des fibres élastiques dans le pus permet d'affirmer presque à coup sûr la nature chancrilleuse d'une ulcération, quand on hésite entre un herpès, un chancre mou ou un chancre syphilitique. Notons dans ce chapitre une bonne description du chancre mixte.

L'auteur étudie ensuite le processus ulcéreux dans les périodes secondaires et tertiaires de la syphilis, notamment la réouverture de la cicatrice de l'ulcération chancreuse, son ramollissement profond, les lymphangites ulcéreuses, les syphilides ecthymato-ulcéreuses, les pseudo-chancres indurés.

Dans le chapitre suivant, Du Castel met en relief l'existence d'une forme peu connue de balanite pustulo-ulcéreuse qui se différencie de l'herpès par son apparition chez un malade n'ayant jamais eu d'affection vénérienne antérieure, par le nombre considérable des vésico-pustules et leur reproduction incessante pendant quelques jours, enfin par la profondeur des ulcérations. Il est tenté de considérer cette balanite comme une sorte d'impétigo.

Le chapitre des balanites est d'ailleurs un des plus intéressants de l'ouvrage. Du Castel énumère et décrit les formes parasitaires de la balanite. Il donne la place principale à la forme circinée, dont l'étude récente a été faite pour la plus grande partie dans son service du Midi par Berdal et Bataille.

Nous ne pouvons que mentionner les chapitres réservés aux adénopathies syphilitiques, aux adénites du chancre mou, au phagédénisme et à la graugène compliquant le chancre simple, à la valeur diagnostique des différents signes du chancre syphilitique ; toute cette partie du diagnostic des diverses variétés d'ulcérations des organes génitaux est traitée avec de minutieux détails et une grande précision clinique.

Dans le chapitre suivant, à propos des syphilides chancréiformes, Du Castel aborde la question des syphilis récidivées, de la réinfection syphilitique. Il est disposé, en raison de certaines observations recueillies par les auteurs et de faits personnels qu'il rapporte, à en admettre la possibilité. D'autre part, il n'est pas partisan de l'excision du chancre ; il l'a tentée plusieurs fois et n'a jamais obtenu un résultat manifestement avantageux ; dans un cas pourtant l'excision avait été faite dix heures après l'apparition du chancre.

Dans le traitement, nous relèverons seulement les applications de la solution alcoolique d'acide phénique au 1/20^e, que Du Castel a préconisées très justement pour obtenir la guérison du chancre mou. Toutes les indications pratiques qu'il donne pour le traitement des ulcérations diverses des organes génitaux sont empreintes du même sens pratique qui a présidé à la rédaction entière de cet utile ouvrage. F. BALZER.

Périostite blennorragique, par RAYNAUD (*Bull. méd. de l'Algérie*, octobre 1891).

X..., 25 ans, atteint de blennorragie pour la seconde fois, présente, au bout d'une dizaine de jours, des douleurs aux talons, au gros orteil gauche et à la tubérosité antérieure du tibia. Ces douleurs, accompagnées de tuméfaction localisée au périoste, durèrent cinq mois et cédèrent après l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur. F. BALZER.

Quelques considérations sur certaines formes d'arthrite blennorragique, par JOUIS (*Thèse de Paris*, 1891).

Certaines arthrites blennorragiques diffèrent notablement du type classique habituel et ont plutôt les allures de l'hydarthrose, mais avec des caractères particuliers : il y a délitescence rapide, résolution complète, mais aussi tendance à envahir successivement plusieurs jointures. F. BALZER.

Du rhumatisme blennorragique, arthropathies graves avec amyotrophie, par Erasmo DO AMARAL (*Thèse de Paris*, 1891).

Le rhumatisme blennorragique entraîne des altérations persistantes et incurables du côté de l'appareil locomoteur. Ces désordres sont fréquents dans la variété que l'auteur désigne sous le nom de poly-arthrite blennorragique déformante pseudo-noueuse. Cette forme est rarement primitive et succède à plusieurs poussées. Elle s'aggrave à chaque nouvelle atteinte d'urétrite et de rhumatisme. Elle détermine : 1^o des ankyloses et des déformations osseuses périarticulaires des petites articulations, rappelant celles du rhumatisme noueux ; 2^o une amyotrophie ordinairement limitée aux muscles voisins des jointures et surtout aux extenseurs, mais qui peut atteindre des groupes musculaires relativement éloignés, et même affecter une forme généralisée, comparable au type Duchenne-Aran. Ces lésions diverses d'origine blennorragique peuvent

continuer à évoluer après la guérison de la blennorrhagie. On rattache aujourd'hui les déterminations articulaires à une affection secondaire surajoutée à la blennorrhagie. Quant aux amyotrophies, elles se produiraient, d'après des expériences de Raymond, suivant un mécanisme réflexe, sans qu'il soit besoin d'incriminer ni une myosite primitive, ni une névrite terminale des rameaux articulaires ou intra-musculaires. F. BALZER

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Ueber das Verhalten des Körpergewichtes bei Psychosen (Le poids du corps dans les maladies mentales), par FÜRSTNER (*D. Arch. f. klin. Med.* p. 273).

Dans certaines psychoses périodiques, il se fait une modification du mouvement nutritif qui se traduit par un abaissement du poids du corps du malade. Cette modification dans la nutrition ne peut s'expliquer ni par l'intensité des mouvements musculaires, ni par les troubles du sommeil et de l'appétit. De même que l'albuminurie passagère et les variations de la température observées dans des circonstances analogues, il semble y avoir là une influence particulière du système nerveux central.

En est-il de même dans les psychoses périodiques, ou seulement dans la mélancolie et la manie périodiques. C'est chose à rechercher. Il reste de même à déterminer quel est le substratum chimique de cet amaigrissement.

A. MATHIEU.

An inquiry into the blood and urine of the insane, par J. SMITH (*Journal of ment. sc.*, octobre 1890).

Chez les aliénés, il y a un abaissement marqué du taux de l'hémoglobine. C'est dans la démence secondaire que cet abaissement est le plus grand. Il n'est pas si accentué dans la mélancolie, l'épilepsie et la paralysie générale, et se tient dans ces divers cas à peu près au même niveau. Le nombre des globules rouges chez les aliénés est au-dessous de la normale. Il atteint son minimum dans la démence secondaire et son maximum dans la paralysie générale. Malgré la diminution de l'hémoglobine et des globules rouges, le poids spécifique du sang augmente, ce qui indique une densité anormale du plasma sanguin. La quantité d'urine émise est très grande dans la paralysie générale, très faible dans la démence secondaire, et se tient au voisinage de la normale dans les autres formes de folies. Elle semble cependant diminuée dans la mélancolie. Les résidus solides sont en proportion très grande dans la paralysie générale, très faibles dans la démence secondaire, sans rien de particulier dans les autres formes. L'urée se maintient à son chiffre normal. L'acide urique est abondant dans la paralysie générale, l'épilepsie et la démence. La créatinine est également en plus grande proportion dans la paralysie générale et la démence. Il semble qu'il y ait un léger excès d'acide phosphorique dans l'épilepsie.

DESCOURTIS.

The propagation of insanity and allied neuroses, par STRAHAN (*Journal of mental sc.*, juillet 1890).

Depuis trente ans, le nombre des aliénés a augmenté en Angleterre dans la proportion de plus de 1,500 par an. Au mois de décembre 1888, il atteignait le chiffre de 84,340. Et ce ne sont pas là tous les cas d'aliénation mentale. Beaucoup ayant été cachés par les familles, il faut admettre qu'il atteint bien le total de 100 000. Cette augmentation du nombre des aliénés est due surtout à ce que la mortalité et les sorties ont diminué dans les asiles, ce qui en rend forcément les pensionnaires plus nombreux. Il y a cependant quelques points qui ont échappé jusqu'à ce jour aux statisticiens. Ainsi le suicide chez les jeunes enfants, qui était inconnu il y a quinze ans, a pris une fréquence dont on est en droit de s'effrayer. Il faut l'attribuer, sans aucun doute, au mode d'éducation en vigueur. En second lieu, le suicide a augmenté chez les adultes plus vite que le nombre même des aliénés. Enfin, si les aliénés ne sont guère plus nombreux, les décès dus aux maladies du système nerveux en général sont passés de 33,429 en 1864 à 49,985 en 1888, c'est-à-dire qu'ils ont augmenté de 50 0/0 en moins de vingt-cinq ans. DESCOURTIS.

An abstract of 1565 post mortem examination of the brain performed at the Wakefield Asylum..., par John BULLEN (*The Journ. of mental sc.*, janvier 1890).

Les irrégularités du crâne ont été notées un nombre de fois considérable, mais il faut reconnaître qu'il s'agissait le plus souvent d'asymétrie. Quant à ceux qui présentaient quelque particularité générale dans leur forme, ils ont été de plus de cent, sur la totalité des cas. Les crânes de forme large, carrée ou circulaire ont été rencontrés plus souvent chez les maniaques ; les crânes allongés, dans la paralysie générale et dans l'épilepsie ; les crânes dont la voûte simulait un dôme étaient surtout en rapport avec la manie et la paralysie générale. Un développement spécial de la région frontale coïncidait de préférence avec la mélancolie ; une insuffisance de la même région avec l'épilepsie. Les anomalies dans la forme du crâne, qui semblent indiquer un état d'infériorité, se rencontrent dans les états les plus dissemblables, dans l'imbécillité, par exemple, et dans les cas de développement normal des facultés. L'asymétrie du crâne a été notée dans 20 0/0 de la totalité des cas. Elle se traduisait par une anomalie de conformation de la région frontale, pariétale ou occipitale, par un accroissement ou une insuffisance de la capacité d'un des côtés, ou par une sorte de torsion qui les plaçait l'un devant l'autre. La première variété, celle où il existait une malformation locale, s'est rencontrée dans 40 0/0 de tous les cas où il y avait asymétrie ; le côté gauche étant environ deux fois plus souvent atteint. Les régions temporo-pariétales et pariéto-occipitales présentaient 30 0/0 de ces malformations, le côté gauche étant encore deux fois plus souvent atteint ; cependant les cas où la région frontale droite faisait saillie en avant étaient dans une proportion double de l'autre. La capacité d'une moitié du crâne était augmentée dans 50 0/0 des cas, le côté droit gardant plus souvent la supériorité. Quand le côté droit était le plus volumineux, on a observé la supériorité de la région frontale du même côté, coïncidant avec la supériorité de la région

temporo-pariétale du côté gauche. L'asymétrie était plus fréquente dans la mélancolie chronique que dans les autres cas ; venaient ensuite l'épilepsie et la paralysie générale. La capacité de chaque moitié du crâne n'était pas toujours en rapport avec le volume de l'hémisphère cérébral correspondant, de sorte qu'on a pu voir l'hémisphère le plus petit occuper la moitié du crâne le plus volumineux. En prenant une série de 29 cas de démence, on a trouvé l'hémisphère droit plus volumineux 14 fois sur 23, tandis que l'accroissement de capacité du côté droit du crâne s'était présenté 17 fois, contre 12 du côté gauche. Dans 12 de ces cas seulement la capacité de chaque moitié du crâne correspondait au développement de la moitié correspondante du cerveau.

John Bullen examine ensuite l'état des membranes, des vaisseaux, des circonvolutions mêmes ; il cite une série de chiffres et dresse des tableaux intéressants, pour les diverses lésions dans les différentes maladies mentales et aux différents âges.

DESCOURTIS.

Des anomalies de la voûte palatine dans leurs rapports avec la dégénérescence,
par R. CHARON (*Thèse de Paris*, 1891).

Les recherches de l'auteur ont porté sur environ 350 sujets sains ou aliénés. Il a constaté que chez les sujets sains, la voûte palatine présente des modifications morphologiques dans 10 0/0 des cas. Chez les aliénés, au contraire, les anomalies sont fréquentes, 80 0/0, et peuvent se ramener à un petit nombre de types plus ou moins accentués ou combinés entre eux ; types plat, ogival, en dôme, angulaire.

Ces anomalies sont importantes pour le diagnostic étiologique des maladies mentales ; elles sont, en effet, dans certains cas, le seul signe de la dégénérescence physique et elles ne font jamais défaut dans l'ensemble des autres malformations. Elles sont relativement peu fréquentes chez les paralytiques généraux, 35 0/0 ; dans le délire de persécution, 25 0/0 ; elles sont au contraire très fréquentes chez les idiots et les imbéciles, 82 0/0 ; chez les aliénés hystériques, 70 0/0 ; épileptiques, 76 0/0 ; et dans les autres formes d'aliénation, manie, mélancolie, 80 0/0.

A. CARTAZ.

Ueber die Geisteskrankheiten der Corrigenden (Sur les affections mentales chez les détenus), par A. KUEHN (*Archiv für Psychiatrie*, XXII, 2 et 3).

Kühn a étudié les formes diverses d'affections mentales observées chez 144 détenus condamnés pour des délits correctionnels ; il a classé ces cas sous les six chefs suivants : 1° formes dépressives (mélancolie) de date récente, 2 cas ; 2° manie, 4 cas ; 3° folie proprement dite, 76 cas ; 4° idiotisme congénital ou acquis, 38 cas ; 5° paralysie, 12 cas ; 6° démence épileptique, 12 cas. Après de longs développements consacrés à l'exposé des faits, l'auteur a cherché des réponses à un certain nombre de questions dont voici la principale :

Combien parmi ces détenus y en avait-il, chez lesquels les troubles intellectuels étaient assez prononcés au moment de la condamnation, pour qu'une expertise médico-légale eût dû conclure à l'irresponsabilité ? Kühn ne compte pas moins de 102 cas de ce genre ! Pour un certain nombre d'autres cas, il lui paraît très vraisemblable que des condamna-

tions répétées ont été prononcées chez des sujets irresponsables. Il ajoute que les choses se passent sans doute de la même façon pour les criminels. Il conclut que les faits de cette nature imposent à la société le devoir de soumettre les accusés à un contrôle médico-légal, exercé par des médecins compétents, pour mettre des irresponsables à l'abri de condamnations impérites. De pareilles enquêtes devraient être faites sur les sujets internés dans des colonies agricoles, des asiles de nuit, des refuges et autres établissements du même genre. On réussirait ainsi à arracher aux délits et aux crimes des sujets qui y sont voués par suite d'une malformation psychique.

E. RICKLIN.

Curieuse observation de folie érotique avec autopsie, par HOSPITAL (*Ann. méd. psych.*, XIII, n° 1).

Un individu, 60 ans, est arrêté pour attentat à la pudeur. On relève dans son passé de nombreux actes d'une immoralité révoltante. Examen médico-légal. Famille d'aliénés, bizarre lui-même, illettré, a fait une chute sur la tête, accuse des crises nerveuses qui ne peuvent être que de l'épilepsie. Arrêt de développement des organes génitaux, testicules et verge. Prétend n'avoir aucun souvenir des faits qui lui sont reprochés et qui auraient été accomplis pendant l'aura épileptique. Ordonnance de non-lieu; internement à l'asile. Tranquille, hébété, a une crise d'épilepsie peu après son arrivée. Puis le côté droit du corps s'affaiblit, et, trois ans après son internement, il est pris de vomissements, tombe dans un assoupissement comateux et meurt. A l'autopsie, deux anciens foyers apoplectiques, l'un à la partie inférieure du lobe antérieur gauche du cerveau, l'autre à la face inférieure du lobe moyen gauche. Comme lésions récentes : congestion généralisée de la substance blanche; ventricules remplis de gros caillots noirs et rouges. Hémorragie cérébelleuse, aux dépens de la partie antérieure du lobe cérébelleux gauche, le quatrième ventricule est gorgé de sang. On peut donc admettre que le cervelet était malade depuis longtemps.

DESCOURTIS.

La folie du doute et le délire du toucher, par LADAME (*Ann. méd. psych.*, 7^e s., t. XII, n° 3).

Ladame a repris en détail l'historique de la folie du doute et du délire du toucher. Pour lui, ces deux variétés cliniques existent bien réellement. Elles s'associent souvent, mais elles évoluent en général isolément, comme l'ont constaté de plus en plus les auteurs, et comme le prouvent les deux observations qu'il rapporte. Cette forme de trouble mental, qui tient à la constitution originelle du cerveau, dure plus ou moins, avec des rémissions ou des exacerbations, pendant toute la vie du malade. Pour le traitement, à côté des autres moyens thérapeutiques déjà connus et employés jusqu'ici, Ladame a tenté, non sans quelque succès, l'électrisation statique et la suggestion hypnotique. Il en recommande l'essai dans les cas semblables.

DESCOURTIS.

Zur Lehre vom Zwillingssirresein (Contribution à l'étude de la folie gémellaire) par N. OSTERMAYER (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank.* XXIII, 1, p. 88; 1891).

Après avoir passé en revue les cas connus de folie gémellaire, au

nombre de 14, Ostermayer publie un nouvel exemple de ce singulier genre de folie. Il distribue ensuite ces faits en trois groupes.

Le premier groupe comprend les cas où l'affection psychique chez le sujet atteint en seconde date, a été provoquée, induite en quelque sorte, par les troubles similaires du sujet atteint en premier lieu. En pareils cas il y a en cause ce qu'on a appelé « l'infection psychique » la folie induite.

Le second groupe comprend les cas où la folie gémellaire a été observée chez deux sujets habitant à une assez grande distance l'un de l'autre, sans rapports psychiques, se trouvant par conséquent dans l'impossibilité de s'influencer mutuellement; bref, on trouve ici les circonstances inverses de celles qui sont réalisées par les cas du premier groupe.

Le troisième groupe ne comprend qu'un seul cas; mélancolie avec terminaison mortelle, chez deux jumeaux qui étaient sous le coup de l'hérédité morbide. L'auteur distrait ce cas des deux premiers groupes, en raison de l'insuffisance des renseignements qui lui eussent permis de l'interpréter d'une façon exacte. Il conclut finalement que seuls se rattachent réellement à la folie gémellaire les cas où deux jumeaux sont atteints d'une psychose de même nature, d'une façon tout à fait indépendante, l'évolution des troubles mentaux conservant son caractère propre chez chacun des deux malades. Les autres cas ne sont que des exemples de folie induite, de folie à deux chez des jumeaux. A la fin de son travail, l'auteur relate un exemple inédit de ce genre de folie à deux.

E. RICKLIN.

Contribution à l'étude de quelques formes aiguës d'aliénation mentale et de leurs rapports avec la paranoïa, par ROSENBACH (*Ann. méd. psych.*, janvier et mars 1891).

Sept observations forment la base du travail de Rosenbach. Dans tous les cas, on a constaté dans la famille du malade d'autres exemples d'affections mentales ou nerveuses. Comme étiologie, on relève des secousses morales, une suractivité intellectuelle, l'anémie, la fièvre, les couches. Le début est si aigu que dans presque tous les cas on peut préciser le jour de l'explosion. Nombreuses idées de grandeur, de persécution ou de culpabilité ou hypochondriaques n'ayant aucun rapport entre elles; erreurs sensorielles; marche aiguë de la maladie; paroxysmes pouvant aller jusqu'à la fureur; durée de plusieurs semaines ou de plusieurs mois; guérison fréquente.

Rosenbach demande à ranger ces formes aiguës d'aliénation mentale dans une catégorie à part de la paranoïa, c'est-à-dire du délire chronique, car dans celui-ci on constate la systématisation des idées délirantes, le caractère partiel de la folie, la lucidité de la conscience et l'absence de la réaction effective. De même, elles doivent être rangées à part de la manie et de la mélancolie.

DESCOURTIS.

I. — **Zur Pathologie des acuten und chronischen Alcoholismus**, par AFANASSIEW (*Ibidem*, VIII, 3, p. 443).

II. — **Experimentelle Untersuchungen uber die Wirkung des Alkohols**., par v. KAHLDEN (*Ziegler's Beitrage z. path. Anat.*, IX, 2, p. 349).

I. — L'ingestion de l'alcool provoque chez le chien et le lapin des

dégénérescences et infiltrations graisseuses dans le foie et le cerveau ; dans le premier organe, elle est plus accusée au voisinage des espaces portes ; dans le second, on trouve des gouttelettes graisseuses dans les cellules nerveuses et les parois des vaisseaux cérébraux. La graisse est plus rare dans l'épithélium rénal et le cœur, les glandes de Brunner, la rate, les ganglions lymphatiques.

L'estomac présente des lésions de gastrite glandulaire. On peut, surtout si on emploie l'alcool amylique, observer des dégénérescences granuleuses des cellules nerveuses du cerveau, de l'épithélium du rein et des cellules hépatiques. On ne peut obtenir de cirrhose du foie chez le lapin, il faut s'adresser au chien. — Dans une autre série d'expériences (injection d'alcool dilué à 48 0/0 dans la veine porte) il a obtenu des foyers de nécrose dans le foie.

II. — Après avoir rappelé les recherches de Beaumetz et Audigé (1883), de Straus et Blocq (1887), d'Afanassiew (1890), l'auteur expose ses recherches. Il introduit dans l'estomac des animaux (chiens, lapins, canards, poules et pigeons) des quantités variables d'alcool étendu de deux fois son poids d'eau. Immédiatement après on alimente les animaux, car en dix minutes ils tombent dans un profond sommeil qui dure de neuf à douze heures. La plupart du temps l'expérience put être prolongée plusieurs mois. Dans le foie, ce qui frappe, c'est l'abondance de la graisse, qui le fait ressembler à un foie d'intoxication phosphorique ou arsénicale ; mais comme Afanassiew, et à l'inverse des auteurs français, il n'a pas noté de cirrhose, probablement parce qu'il n'a pas assez prolongé ses expériences. Le rein est le siège d'altérations considérables : dégénérescence graisseuse étendue et intense de l'épithélium des canalicules contournés. L'infiltration commence par la partie adhérente de la cellule et envahit ensuite le reste.

Les épithéliums du glomérule restent indemnes. Par contre, les anses d'Henle et les gros vaisseaux sont graisseux. Enfin le tableau est complété par la présence d'une hyperémie intense pouvant aller jusqu'à l'hémorragie.

C. LUZET.

Zur Klinik und pathologischen Anatomie der multiplen « Alkohol-Neuritis, »
par R. THOMSEN (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr.*, XXI, 3, p. 806).

Trois cas de névrite multiple alcoolique, avec autopsie et description très minutieuse des constatations nécroscopiques. Le premier cas concerne un alcoolique de 24 ans, chez lequel la névrite multiple a suivi une marche très rapide ; la mort est survenue huit jours après l'entrée du malade à l'hôpital. A l'autopsie, l'examen de la moelle et du bulbe n'a donné que des résultats normaux. De même, intégrité des racines des nerfs crâniens, et cependant, du vivant du malade on avait noté de la tachycardie, du ptosis à gauche, une paralysie double de l'oculo-moteur externe, et du nystagmus. Les lésions se résument en somme dans une polynévrite avec dégénérescence des muscles, celle-ci d'importance secondaire.

Dans le second cas, on avait, du vivant du sujet, diagnostiqué un tabes dorsalis. Depuis six ans le malade éprouvait une sensation de constriction en ceinture avec de l'incontinence d'urine ; abolition des réflexes patellaires. Comme autres symptômes, il avait présenté de l'amblyopie, une paralysie de l'oculo-moteur externe, du nystagmus, du délire, des manifestations convul-

sives. A l'autopsie on a trouvé la moelle et les noyaux des nerfs crâniens en état de parfaite intégrité.

Dans le troisième cas, les symptômes étaient ceux d'une polynévrite alcoolique, avec ptosis, nystagmus, tachycardie. Ce dernier symptôme devait être sous la dépendance d'un foyer hémorragique qui occupait le noyau postérieur du nerf vague; de même, le ptosis trouvait son explication dans la présence d'un foyer hémorragique au voisinage du noyau d'origine de l'oculo-moteur commun. Par contre, le noyau d'origine de l'oculo-moteur externe et le territoire avoisinant étaient intacts. Il est vraisemblable que la paralysie de l'oculo-moteur externe avait sa raison d'être dans les altérations qui intéressaient la substance grise centrale, au voisinage de l'aqueduc de Sylvius. La moelle a également été trouvée indemne de toute lésion appréciable.

E. RICKLIN.

I. — Die Behandlung des Delirium tremens, par AUFRECHT.

II. — Discussion de la 63^e réunion des naturalistes et médecins allemands (Berlin. klin. Wochens., n^o 40, p. 930, 6 octobre 1890).

I. — Aufrecht n'a rien obtenu de bon en employant l'opium et la morphine; actuellement il n'administre que le chloral à la dose de 4 grammes les deux ou trois premiers soirs; le matin du deuxième jour et le soir, à partir du quatrième, il donne encore 2 grammes de ce médicament, s'il y a lieu.

Jamais il ne prescrit d'alcool dans les cas non compliqués. De 1880 à 1890, il a traité 294 malades de cette catégorie, dont 10 sont morts. Parmi les morts s'en trouvent 4 sur les 22 traités simultanément par le chloral (2 grammes) et la morphine (2 centigrammes). Aucun des 124 derniers malades, traités exclusivement par le chloral, n'a succombé.

Dans 128 cas compliqués d'une affection aiguë, Aufrecht a prescrit le soir 3 grammes de chloral, obtenant généralement le sommeil dès la première nuit.

La durée moyenne du séjour à l'hôpital pour les 294 cas non compliqués a été de 14 jours et demi.

II. — Thoele a dû renoncer au chloral, de même qu'il ne donne plus d'alcool. Il emploie les bains à 28° R. de 15 minutes de durée avec douche froide consécutive; avec ce traitement pratiqué le soir, on obtient toujours le sommeil dès la troisième nuit. Quand il y a complication aiguë, il abaisse graduellement la température du bain de 28 à 20° avant de faire prendre la douche. Thoele a remarqué comme Aufrecht que les délirants n'éprouvent aucune envie d'alcool.

Voss a vu de bons effets du sulfonal.

Ehrenhaus n'a jamais noté d'inconvénients avec le chloral, qu'il prescrit jusqu'à la dose de 5 grammes.

Von Jürgensen en a donné des doses bien plus considérables, sans effets fâcheux. A un malade habitué à prendre chaque jour 1 litre 3/4 d'alcool absolu, il a administré dans l'espace de 24 heures 31 grammes de chloral par doses de 7 à 8 grammes. Jürgensen, d'autre part, prescrit du cognac pour prévenir l'œdème pulmonaire et la paralysie cardiaque. Il ne donne pas de morphine.

Thomas administre 3 grammes de chloral dans les cas de delirium tremens compliqué d'affection du cœur; chez ces malades, le sulfonal ne réussit pas aussi bien.

J. B.

Étude clinique sur le délire de persécution, par H. DAGONET (*Ann. méd. psych.*, 7^e s., t. XII, n^{os} 2 et 3).

Dans ce travail, H. Dagonet trace une sorte de tableau clinique, s'attache à montrer que le délire des persécutions n'est pas une espèce particulière d'aliénation mentale, ayant toujours les mêmes symptômes et une même évolution, mais un état qui se manifeste au contraire dans les conditions les plus variables et les plus opposées. En effet, le délire de persécution peut constituer, dans quelques cas, une forme spéciale d'aliénation mentale ayant ses caractères propres, et, surtout, ses idées nettement systématisées. Mais on le rencontre souvent aussi associé aux formes d'aliénation mentale les plus diverses. Il est alors comme l'épisode principal de la maladie sur laquelle il se trouve greffé ; il ne saurait, par cela même lui donner un caractère particulier de gravité ni une évolution spéciale. Un grand nombre d'observations sont rapportées par H. Dagonet, à l'appui de cette manière de voir.

DESCOURTIS.

Neue Form der sogenannten paralytischen Fälle, par MESCHEDÉ (*Berlin. klin. Wochens.*, n^o 44, p. 357, 6 avril 1891).

Aux attaques apoplectiformes, épileptiformes, syncopales et vertigineuses déjà signalées dans le cours de la paralysie générale, il faudra ajouter dorénavant les attaques hystériformes.

En effet, Meschede a observé chez un homme sans antécédents hystériques, mais ayant le délire des grandeurs et les autres symptômes de la paralysie générale progressive, des accès hystériformes alternant avec des attaques apoplectiformes. Les premiers de ces accès étaient caractérisés par des paroxysmes de cris convulsifs, par de l'angoisse précordiale, des rigidités musculaires, un gonflement spasmodique de l'abdomen, etc. (*R. S. M.*, XXVII, 548 et XXVIII, 257.)

J. B.

Contribution à l'histoire anatomique et pathologique des fibres nerveuses à myéline intracorticales du cerveau, par KÉRAVAL et TARGOULA (*Ann. méd. psych.*, p. 258, septembre 1890).

Les recherches de Kéraval et de Targoula (confirmant les observations de Tuzek et Zacher), leur ont permis d'affirmer d'abord que les fibres nerveuses à myéline intracorticales disparaissent dans la paralysie générale arrivée au terme de son évolution clinique. Suivant eux, ces fibres disparaissent encore dans des affections mentales d'un autre ordre, ou du moins elles disparaissent chez les malades qui meurent dans la démence. Au point de vue des régions de l'écorce, il n'y a pas de différence à établir entre la démence paralytique et la démence secondaire.

Le lobe frontal, et surtout le gyrus rectus sont le plus atteints dans la paralysie générale. Au contraire, le lobule paracentral est souvent indemne. A la période d'atrophie la plus avancée des fibres intracorticales correspond le plus souvent une déchéance, plus ou moins marquée, des faisceaux qui viennent de la couronne rayonnante. Chose particulière, les lésions macroscopiques, en particulier la méningite chronique et les adhérences, ne jouent aucun rôle pathogénique dans l'espèce.

DESCOURTIS.

Ueber peripherische Neuritis im verlaufe der Dementia paralytica... (De la névrite périphérique dans la démence paralytique ; un cas de paralysie générale chez un imbécile), par PICK (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 47, p. 1081, 24 novembre 1890).

Tandis que l'existence de névrites a été fréquemment signalée dans le cours de l'ataxie locomotrice, il n'en est pas de même dans la paralysie générale. Le premier travail sur cet objet est celui de Bevan Lewis (*R. S. M.*, VII, 666), qui a peu fixé l'attention ; puis est venue une observation plus probante de Dejerine (*R. S. M.*, IX, 601) ; enfin, tout récemment, Bianchi (*Neurol. Centr. Blatt.*, 1888) a signalé la grande fréquence des dégénération des nerfs périphériques, surtout moteurs, chez les paralytiques généraux et Klippel (*Revue d'hypnologie*, I) a publié un fait de ce genre.

Pick en relate deux nouvelles observations : la première, accompagnée d'autopsie, concerne un imbécile. Chez les deux malades il existait une paralysie du sciatique poplité externe. Mais, dans son compte rendu d'autopsie, Pick mentionne seulement les lésions cérébrales caractéristiques de la paralysie générale.

J. B.

Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie générale, par SCHUETZ (*Berlin. klin. Woch.*, n° 41, p. 952, 13 octobre 1890).

Schuetz a découvert dans la paralysie générale des lésions anatomiques consistant en atrophie primitive d'un système de fibres qui ne se développe que tardivement. Ce système se laisse poursuivre jusque dans la couche optique où on le voit provenir du revêtement de substance grise, puis il suit le plancher du ventricule pour arriver dans les cornes antérieures grises de la moelle. Un autre tractus de fibres se laisse suivre jusque dans le cervelet. Enfin, S. a constaté aussi de l'atrophie de la substance grise des tubercules quadrijumeaux antérieurs. J. B.

Note sur la paralysie générale d'origine syphilitique, par CAMUSET (*Ann. méd. psych.*, XIII, n° 1).

Camuset estime, d'après les renseignements fournis par les familles et non d'après les stigmates trouvés sur les sujets, que les paralytiques généraux ont des antécédents syphilitiques plus souvent que les autres aliénés. Caractère distinctif : la lenteur de l'évolution s'observerait particulièrement dans les paralysies générales qu'on a le plus de raison de soupçonner d'être réellement provoquées par la syphilis. Deux observations détaillées viennent à l'appui de cette opinion de Camuset. Il en cite également plusieurs autres, plus brèves, qui concourent à la même démonstration. A ce caractère principal viendraient encore s'ajouter d'autres particularités, mais d'une façon moins constante ; ainsi, la fréquence et la durée des rémissions, la forme démentielle pure ou la forme mélancolique, plutôt que la forme expansive.

DESCOURTIS.

Contribution à l'étude des troubles oculaires dans la paralysie générale, par MARIE (*Thèse de Paris*, 1890).

Cette étude est basée sur l'examen d'environ 300 malades. Les troubles les plus fréquents sont les ophthalmoplégies externes ou mixtes. Ces

troubles moteurs ont une importance particulière en ce qu'ils peuvent précéder de plusieurs années l'écllosion de l'affection. La mydriase ou le myosis isolés, de même que l'inégalité pupillaire, pourraient être attribués à des troubles vasculaires. Les phénomènes précoces sont souvent fugaces et incomplets : lorsqu'ils sont persistants, ils dépendent d'ictères transitoires que l'on devra rechercher. Les constatations anatomiques montrent la diffusion initiale des lésions de la paralysie générale aussi bien au système nerveux périphérique qu'aux portions centrales de l'axe cérébro-spinal.

F. DE. LAPERSONNE.

Casuistischer Beitrag zur Kenntniss der Entwicklungsanomalien des Rückenmarks (Contribution clinique à l'étude des anomalies de développement de la moelle), par **BUCHHOLZ** (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr.*, XXII, 1, p. 230).

Buchholz a eu l'occasion d'examiner la moelle d'un paralytique général ; la maladie avait eu une durée de deux ans environ ; elle s'était accompagnée des symptômes d'une affection des cordons latéraux.

L'autopsie a fait constater les lésions qui sont habituelles dans les cas de paralysie générale : leptoméningite, pachyméningite, hydrocéphalie externe et interne ; atrophie en masse du cerveau, principalement dans sa portion antérieure. Dans la moelle, on constatait déjà sur des coupes fraîches les traces d'une lésion des faisceaux pyramidaux latéraux ; en outre, la substance grise présentait une disposition anormale dans la moitié droite du segment dorsal ; la corne antérieure droite se subdivisant en deux masses à peu près triangulaires, reliées l'une à l'autre par une mince trainée de substance grise.

E. RICKLIN.

Doppelseitige Hemianopsia inferior (Hémianopsie double inférieure avec autres troubles sensitifs et sensoriaux dans un cas de psychose fonctionnelle), par **A. HOCHE** (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank.* XXII, 1, p. 70).

Une femme de 27 ans, avec antécédents héréditaires neuropathiques très chargés, et qui présentait depuis quelque temps déjà des phénomènes de dépression psychique, est frappée pendant une couche d'une démence hallucinatoire qui fait place ensuite à une mélancolie profonde compliquée d'une anémie grave. A cette phase, on constatait des troubles de la sensibilité dont l'intensité est allée rapidement en augmentant : analgésie répandue sur presque tout le corps ; perte presque complète de la sensibilité gustative, diminution de l'ouïe des deux côtés avec bruits anormaux et hallucinations à droite ; perte de l'odorat avec hallucinations également ; hémianopsie double inférieure, avec hallucinations dans la portion normale du champ visuel. Troubles de la mémoire.

Au bout de cinq semaines, amélioration progressive. La mélancolie s'est dissipée peu à peu ; il en a été de même des autres manifestations morbides, sauf pour la fonction visuelle où le retour à l'état normal s'est effectué subitement. La malade s'est rétablie d'une façon complète. E. RICKLIN.

Ueber vasomotorische Störungen der Haut bei der traumatischen Neurose (Sur les troubles vasomoteurs de la peau dans les cas de névrose traumatique) par **H. KRIEGE** (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank.* XXII, 2, p. 241).

En se basant sur des faits empruntés à différentes sources et sur trois observations personnelles, l'auteur arrive à classer ainsi les troubles vaso-moteurs de la peau, dans les cas de névrose traumatique :

1^{er} groupe. Congestion artérielle vers l'extrémité céphalique et hyperydrose ;

2^e groupe. Exanthèmes ortiés, qui font éclosion spontanément ou sous l'influence d'une irritation venue du dehors ;

3^e groupe. Cyanose locale.

Les trois observations personnelles de l'auteur sont des exemples de ces trois variétés de troubles vaso-moteurs.

H. Kriege discute les opinions émises par divers auteurs relativement au rôle éventuel des troubles vaso-moteurs, dans la pathogénie des névroses dites traumatiques.

E. RICKLIN.

I. — Referat über die traumatischen Neurosen, par SCHULTZE.

II. — Discussion du Congrès international de Berlin (*Berlin. klin. Woch.*, n° 39, p. 904, 29 septembre 1890).

I. — 1^o Il est différentes espèces de psychoses et de névroses qui sont produites par un traumatisme, mais il n'y a pas de névrose traumatique ; le mieux est d'appeler l'affection constatée par son nom ;

2^o Le rétrécissement concentrique du champ visuel et l'anesthésie manquent trop souvent pour être pathognomoniques ;

3^o On désigne souvent sous le nom de névrose traumatique des états morbides produits de la simulation et de l'exagération ;

4^o Il n'existe actuellement aucun critère permettant de reconnaître sûrement la simulation et la non-simulation.

II. — Oppenheim dit que dans la majorité des cas il a constaté un rétrécissement concentrique du champ visuel. A la vérité, ce rétrécissement est sujet à de grandes variations, mais c'est un fait commun aux autres symptômes. Oppenheim maintient également l'importance des anesthésies. Quant aux cas publiés par Hoffmann, il ne les regarde pas comme appartenant à la névrose traumatique. Oppenheim tient à conserver la désignation de névrose traumatique et propose à la section de neurologie du Congrès international de Berlin, de nommer une commission pour étudier les questions qui s'y rattachent.

Seeligmüller évalue à 25 0/0 la proportion des simulateurs, qui s'est beaucoup accrue depuis 1871 et surtout depuis 1883, époque d'entrée en vigueur de la loi sur la responsabilité obligatoire des patrons en cas d'accidents.

Hitzig trouve qu'on ne tient pas assez compte du facteur psychique : les malades tendent à exagérer leurs souffrances parce que ce sont des hypocondriaques, mais ce ne sont pas pour cela des simulateurs. Il a rarement noté un rétrécissement concentrique du champ visuel. Hitzig relève l'importance de l'insomnie et de l'accélération des battements cardiaques qui sont des signes objectifs.

Mendel n'attache pas non plus beaucoup d'importance aux troubles du champ visuel ni à ceux de la sensibilité ; il n'en est pas de même pour l'accélération du pouls, si elle est continue et surtout si elle coïncide avec de l'athérome chez un sujet jeune. En tout cas, la simulation est fréquente. Si l'on interroge les malades sur leurs accidents antérieurs, on en trouve souvent de beaucoup plus sérieux qui n'ont occasionné aucunes suites fâcheuses.

Rumpf n'a jamais constaté ni rétrécissement concentrique du champ visuel, ni analgésie.

Hoffmann répond aux critiques d'Oppenheim. Comme lui, il admet l'existence d'une névrose traumatique, mais il est convaincu, d'autre part, que la simulation est fréquente. Il reproche à Oppenheim de poser son diagnostic de parti pris dès le premier examen, sans tenir compte de ce que l'observation ultérieure des malades peut apprendre.

Knapp n'admet pas l'existence indépendante de la névrose traumatique, mais il croit la simulation rare.

Benedikt trouve que l'expression de névrose traumatique est un choix heureux. Pour lui on peut le plus souvent constater le rétrécissement concentrique du champ visuel; toutefois il attache une valeur particulière à l'insomnie. Enfin il faut toujours faire entrer en ligne de compte les particularités de caractère des malades.

Schultze n'a jamais noté d'augmentation de la température dans la névrose traumatique. Il considère comme sans objet la commission proposée par Oppenheim.

J. B.

Ueber traumatische Neurose, par J. HOFFMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 41, p. 955, 13 octobre 1890).

Hoffmann forme trois groupes parmi les cas de névrose traumatique qu'il a observés à la clinique d'Erb : 1° Malades ayant réellement des troubles morbides, au nombre de 10; 2° malades exagérant leurs symptômes, au nombre de 6; 3° simulateurs, au nombre de 8.

Sur 10 malades chez lesquels on a exploré l'état du champ visuel, 1 seul offrait du rétrécissement.

Quatre malades ont été guéris, 1 amélioré, les autres sont sortis de l'hôpital sans changement dans leur état.

Les résultats d'Hoffmann diffèrent sensiblement de ceux d'Oppenheim et de Strümpell. Oppenheim, sur 33 cas, n'a pas vu une seule guérison. L'un et l'autre de ces observateurs considèrent la simulation de cette maladie comme rare, tandis qu'Hoffmann en a compté 8 cas sur 24.

Avec Jolly et Eisenlohr, Hoffmann préférerait abandonner l'expression de névrose traumatique et y substituer, suivant les cas, les termes d'affection nerveuse organique d'origine traumatique, de commotion cérébro-spinale, de folie traumatique, d'hystérie traumatique. J. B.

Ueber die Nicotinpsychose, par KJELLBERG (*Berlin. klin. Woch.*, n° 39, p. 905, 29 septembre 1890).

La folie d'origine nicotinique n'est pas rare surtout chez les mâcheurs de tabac, très nombreux dans le nord de l'Europe. Kjellberg décrit d'abord un stade prodromique dans lequel, après un sentiment de malaise plus ou moins prolongé, l'humeur s'altère : toute occupation devient désagréable au malade qui est déprimé et tourmenté par des paroxysmes d'angoisse précordiale. Au bout de 1 1/2 à 3 mois, la folie est complètement développée. Son premier stade est caractérisé par des hallucinations de l'ouïe, de la vue et du toucher ainsi que par des idées bizarres; il dure 6 ou 7 mois. Dans le deuxième stade, le moral du malade se relève; la physionomie est gaie, les chants fréquents et en même temps, il y a

un flot d'idées. Mais les hallucinations de la vue et de l'ouïe laissent rarement le malade libre. Entre temps il y a des intervalles d'humeur sombre. Ce stade peut avoir une longue durée. Dans le troisième stade, l'humeur reste calme mais très impressionnable ; la mémoire est partiellement disparue et tout en s'intéressant encore à ce qui l'entoure, le malade a le regard terne et sans expression.

Le pronostic est bon dans le premier stade, à condition d'empêcher l'abus du tabac ; la guérison est encore possible dans la seconde période, mais dans la troisième, le pronostic est défavorable. Le traitement consiste avant tout à supprimer l'usage du tabac. Les eaux alcalines ont de bons effets. L'état général doit être soutenu par des toniques ; le sulfonal et le bromure de potassium seront prescrits contre l'insomnie. J. B.

Ueber einen Fall von Chininpsychose, par HALLERVORDEN (*Berlin. klin. Woch.*, n° 41, p. 953, 13 octobre 1890).

Un homme de 32 ans, sans tare héréditaire, prend, sur le conseil d'un charlatan, pour se délivrer d'un ténia, 13 grammes et demi de quinoïdine dans l'espace de 15 heures. Dès le soir, délire et insomnie. La nuit et le jour suivant, 8 accès convulsifs. A partir du deuxième jour, délire des sens et de l'intelligence, angoisse, violente agitation. A partir du 7^e jour, sommeil revenu, fin de l'agitation, qui fait place à un délire tranquille. Le 8^e jour, indices de retour de la connaissance. Le 9^e et le 10^e jours, disparition des hallucinations ; la conscience revient ; lacunes de la mémoire quant à sa maladie et au nom qu'il porte ; en même temps, idées méfiantes. A partir du 11^e jour, délire systématisé avec éléments hypocondriaques tenant à des paresthésies viscérales. Le 22^e jour, le souvenir du début et de la cause des accidents est reparu. Le 26^e, entrée en convalescence.

La température ne s'est un peu élevée que le 4^e et le 6^e jours où elle atteint 38° et 38°,4. Urine concentrée, un peu albumineuse le 5^e jour. Dans la première semaine, éruption vésiculo-pustuleuse sur les bourses. Pupilles toujours dilatées. L'ouïe est bien revenue. Jusque dans la convalescence, il restait de la lassitude, du tremblement et des contractions fibrillaires des muscles. (*R. S. M.*, I, 823 et III, 272.)

J. B.

Note sur les attaques de tremblement chez les épileptiques, par FÉRÉ (*Revue de médecine*, 10 juin 1891).

Les attaques de tremblement des épileptiques se présentent sous des aspects divers. Le tremblement peut faire partie d'une attaque convulsive ordinaire dont il ne constitue qu'un épisode ; il peut se présenter comme seul symptôme convulsif dans un paroxysme avec perte de connaissance. D'autres fois, au lieu de faire partie d'une décharge brusque et de peu de durée, il se présente comme phénomène principal sans perte de connaissance, et constitue alors des attaques de longue durée, qui peuvent se prolonger des heures et même des jours entiers. Dans ces diverses formes d'attaque, le tremblement peut être général ou local. Il s'agit ordinairement d'un tremblement rapide, qui, considéré à la main, donne de 7 à 10 oscillations par seconde.

C. GIRAudeau.

Épilepsie, folie épileptique, par J. CHRISTIAN (*Bruxelles*, 1890).

Dans ce mémoire, Christian fait l'historique de l'épilepsie, en décrit

les différentes sortes de manifestations, les maladies qu'elle complique, son étiologie, son diagnostic, son pronostic et son traitement.

Après avoir étudié l'accès d'épilepsie, sa physiologie et son anatomie pathologique, Christian décrit les nombreuses variétés d'épilepsie, les affections épileptiformes, les épilepsies symptomatiques, syphilitiques, alcooliques, réflexes, etc. L'étiologie peut se résumer dans les propositions suivantes : épilepsie vraie, par malformation congénitale (influence héréditaire); affections épileptiformes, causes variées, bien déterminées pour chaque variété (centrales, épilepsies symptomatiques, périphériques, épilepsies réflexes). Morel avait déjà montré que la folie épileptique a des symptômes qui lui sont propres; ce n'est pas seulement l'épilepsie ordinaire compliquée d'un élément nouveau, le délire, mais c'est la névrose transformée. Le délire peut remplacer la convulsion. C'est l'épilepsie larvée de Morel, et, sous ce terme, on a confondu les états morbides les plus disparates : aussi l'existence d'accidents épileptiques concomitants doit seule permettre d'établir la notion du délire épileptique. D'ailleurs toutes les formes de folie peuvent se produire chez les épileptiques, sans qu'on soit en droit, avec Esquirol, d'invoquer l'influence néfaste des vertiges, mais c'est dans les prédispositions congénitales ou acquises, bien plus que dans les modalités variables du mal épileptique lui-même, qu'il faut chercher les conditions favorables à l'explosion d'un délire chronique.

DESCOURTIS.

Notes of a case of epilepsy in which the vertebral artery was tied, par T. SMITH (*Journal of ment. sc.*, octobre 1890).

Enfant, masculin, 11 ans, imbécile de naissance, sans déformation physique ni troubles sensoriels ou paralysie; a vingt ou trente attaques d'épilepsie par mois; on lie l'artère vertébrale gauche; les attaques disparaissent; on constate des progrès très notables au point de vue intellectuel, et l'amélioration se poursuit pendant quatre ans; puis les attaques reviennent, rares d'abord, fréquentes ensuite, et l'enfant perd tout ce qu'il a appris. DESCOURTIS.

Aethylenum bromatum, ein neuer Mittel gegen Epilepsie, par J. DONATH (*Therapeut. Monatshefte*, n° 6, p. 335, juin 1891).

Le bromure de potassium n'est pas sans inconvénients. C'est ce qui a poussé l'auteur à expérimenter avec une combinaison carburée du brome, le bromure d'éthylène, corps brun noirâtre, à odeur chloroformique, à saveur légèrement brûlante, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et qu'on administre pour cette raison en émulsion. 0,1 à 0,5 de bromure d'éthylène deux à trois fois par jour chez l'adulte. Les seuls inconvénients sont des troubles gastriques légers, qui disparaissent lorsqu'on diminue les doses, ou lorsqu'on administre en même temps de l'extrait d'opium. On peut aussi employer la méthode sous-cutanée.

21 épileptiques furent soumis à ce traitement et 10 le continuèrent assez longtemps pour permettre un jugement. Chez trois de ces malades, l'auteur constata des crises fortes, avec mouvements surtout dans les membres, mais sans perte de connaissance. Les crises deviennent plus rares, plus courtes et moins violentes et peuvent même disparaître, pour ne laisser à leur place que des absences. Un des malades qui n'avait jamais eu d'aura, en ressentit après avoir été traité. PAUL TISSIER.

Les cerveaux des microcéphales, par GIACOMINI (*Archives italiennes de biologie*, XV, p. 63).

L'auteur de ce travail très considérable en résume ainsi les conclusions : Dans la microcéphalie, le processus qui a atteint l'organisme s'est localisé essentiellement dans le système nerveux central. La difformité du crâne est une conséquence du manque de développement de l'encéphale. Il n'existe donc pas une microcéphalie primaire *ostéale*; elle est toujours *neurale*.

La microcéphalie ne se limite pas seulement au cerveau proprement dit, mais elle s'étend aux autres parties du système nerveux central; il y a une microencéphalie et une micromyélie. La microcéphalie consiste dans un arrêt de développement du système nerveux central survenu à une époque variable de la vie embryonnaire. Le système nerveux des microcéphales ne présente pas d'altérations pathologiques qui puissent être rapportées à l'arrêt de développement. Les cerveaux des microcéphales appartiennent tous au type humain; ils diffèrent cependant entre eux, en raison de l'époque différente où ils ont été frappés par l'arrêt de développement; ils forment une série complète qui s'étend du cerveau normal d'adulte à l'anencéphale. Dans la conformation de l'écorce cérébrale des microcéphales, outre les signes de l'arrêt de développement, on trouve, dans les cas très accentués, d'autres dispositions constituant de véritables ressemblances animales et qui ne peuvent être interprétées que comme des faits ataviques. La microcéphalie ne peut être utilisée en faveur de la théorie de la descendance, parce qu'elle ne nous présente aucune période historique du développement de l'homme; elle ne nous montre rien de plus que ce qui était déjà connu par d'autres particularités rencontrées dans l'organisme de l'homme.

DASTRE.

Ein Fall von Cretinismus... (Un cas de crétinisme dû à un arrêt primitif de croissance du squelette), par DOLEGA (*Ziegler's Beitræge z. path. Anat.*, IX, p. 488).

Il s'agit d'un individu de 27 ans, atteint de crétinisme sporadique sans développement du corps thyroïde. Le squelette était asymétrique. Le crâne a les caractères de celui de l'enfant : petitesse de la base, avec grand développement de la calotte. Il faut aussi remarquer le peu de développement de l'angle de torsion de l'humérus, qui n'est que de 141°, et, par conséquent égal à celui de l'enfant d'un an, d'après les données de Broca. L'examen histologique fait penser à l'auteur qu'il s'agit là de rachitisme fœtal.

C. LUZET.

The mouth in backward children (Imbécile) of the mongolian type (La bouche chez les enfants arriérés du type mongolique), par Robert JONES (*Journal of mental sc.*, avril 1890).

De l'examen d'un grand nombre de bouches d'enfants imbéciles, Robert Jones a pu acquérir la conviction que, contrairement à l'opinion généralement admise, les voûtes palatines exhaussées ne sont pas si fréquentes qu'on l'a supposé, mais que cette élévation du palais se rencontre particulièrement dans deux classes d'imbéciles, à savoir, chez les microcéphales et chez ceux qui ont le type mongolique. Comme ce sont ces derniers qui présentent le plus souvent cette déformation spé-

ciale, Robert Jones l'étudie chez eux, montrant la position des dents, la forme des maxillaires et du voile du palais.

DESCOURTIS.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

- I. — Punctured fracture of the skull (crâne) in which the superior longitudinal sinus was wounded (blessé), par W. TAYLOR (*Med. News*, p. 720, 27 juin 1891).
- II. — Plaies pénétrantes du crâne par balles de revolver ; trajet récurrent des balles, par DELBET et DAGRON (*Bullet. Soc. anat.*, p. 334, juin 1891).
- III. — Hernia cerebri accompanied by motor paralysis, partial recovery, par GREAGH (*Lancet*, 21 février 1891).
- IV. — Epilepsy, removal of depressed bone, par LANE (*Lancet*, vol. 1, p. 139, 1891).
- V. — Epilessia corticali ; trapanazione del cranio, par A. CASELLI (*La Riforma medica*, 27 janvier 1891).
- VI. — Epilepsie partielle symptomatique d'un angiome intra-crânien des méninges ; trépanation ; ablation de la tumeur ; guérison, par PÉAN (*Bull. acad. de méd.*, 16 juin 1891).
- VII. — History of a case of cerebral tumour, par Mac Call ANDERSON et George BUCHANAN (*Brit. med. j.*, p. 574, 14 mars 1891).
- VIII. — Casuistischer Beitrag zum Capitel der Hirnchirurgie, par H. OPPENHEIM et B. KOEHLER (*Berl. klin. Woch.*, 1891).
- IX. — Cerebral abcess twice trephined ; recovery, par Stephen PAGET (*Brit. med. j.*, p. 1073, 16 mai 1891).
- X. — A case of traumatic cerebral abcess ; trephining, recovery, par F. A. SOUTHAM (*Brit. med. j.*, p. 1015, 9 mai 1891).

I. — Un homme de 35 ans avait été frappé sur le sommet de la tête avec un pic. La blessure, examinée moins d'une heure après, montre à 2 pouces de la glabelle et à un demi-pouce à droite de la ligne médiane, une plaie produite par un agent pointu, le crâne fracturé et les fragments propulsés dans l'intérieur du cerveau. La plaie étant agrandie, on trouve la paroi du sinus longitudinal blessée par un fragment osseux, et donnant lieu à une hémorragie profuse. La brèche osseuse est encore agrandie, et comme le tamponnement ne suffisait pas pour arrêter l'écoulement, on place deux pinces hémostatiques, que l'on laisse dans la plaie. La plaie du cerveau est soigneusement désinfectée, tamponnement avec de la gaze iodoformée. Au bout de 62 heures, les pinces sont retirées, sans que l'hémorragie se reproduise. Après quelques accidents, la guérison fut complète.

MAUBRAC.

II. — Les expériences ont été faites avec des revolvers de 5, 7 et 9 millimètres.

Se plaçant dans des conditions se rapprochant autant que possible de celles des tentatives de suicides, Delbet et Dagron ont visé dans la région de la tempe droite, de telle façon que la balle pénétrât dans la cavité crânienne à peu près transversalement, ou obliquement d'avant en arrière. Or, sur 45 cas, ils ont constaté que 26 fois la balle, après avoir traversé les deux hémisphères et être arrivée contre la paroi crânienne du côté opposé n'ayant plus assez de force pour la perforer, mais en ayant trop pour s'arrêter, ricoche, et, après un trajet récurrent d'une longueur variable, s'arrête dans la substance cérébrale. La longueur de ce trajet varie de 1 à 8 centimètres : le plus souvent il est de 4 à 6 centimètres. Le trajet se fait d'avant en arrière, plus ou moins obliquement, mais presque horizontalement.

La balle s'arrête dans la profondeur de l'hémisphère, à une distance plus ou moins considérable de la surface.

Dans un cas où la balle avait ricoché, existait une fracture incomplète de la paroi crânienne : les fragments osseux à demi soulevés formaient une saillie externe perceptible à la palpation. Une couronne de trépan en ce point n'eût point permis de découvrir la balle. MAUBRAC.

III. — Fille de 17 ans atteinte de fracture comminutive du pariétal gauche avec enfoncement des fragments. Douze fragments osseux furent retirés du cerveau ; une hernie cérébrale du volume d'un œuf se produisit consécutivement par la perte de substance osseuse ; hémiplegie droite totale. La hernie cérébrale traitée par la compression par-dessus le pansement antiseptique finit, au bout de deux mois environ, par être presque entièrement réduite. A cette époque l'hémiplegie est considérablement améliorée.

PLICQUE.

IV. — Jeune homme de 16 ans. Les accidents épileptiques paraissent avoir pour origine une fracture du crâne avec dépression profonde produite au moment de la naissance, à la suite d'un accouchement par le forceps. Le début des accidents ne remontait toutefois qu'à l'âge de 14 ans. L'ablation de la portion d'os déprimée amena une amélioration très considérable.

PLICQUE.

V. — Garçon de 17 ans, atteint d'accès convulsifs épileptiformes depuis l'âge de 7 ans, à la suite d'un grave traumatisme de la région pariétale droite ; les attaques survenaient tous les huit jours et s'accompagnaient de dégénérescence morale. Une couronne de trépan de 4 centimètres de diamètre fut placée à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la ligne pariétale, immédiatement en avant de cette ligne, le périoste fut enlevé en même temps que le disque osseux ; celui-ci présentait deux saillies osseuses, une fissure, dues à une fracture ancienne ; on trouva à l'exploration de la paroi crânienne, deux saillies continuant celles du disque trépané, dont la supérieure correspondait au pied de la frontale ascendante ; on détacha avec la pince de Hoffmann onze petits fragments jusqu'à ce qu'on fût arrivé à la portion normale du crâne ; après l'avoir régularisé et l'avoir laissé séjourner dans une solution de sublimé, on réappliqua le disque trépané au point où il avait été enlevé ; ce disque fut soulevé pendant quelques jours par des pulsations qui cessèrent ensuite. Le malade, suivi pendant un mois, n'avait plus eu d'attaques convulsives.

GEORGES THIBIERGE.

VI. — Enfant de 15 ans, atteint d'accès d'épilepsie partielle localisés au membre supérieur gauche, accompagnés de contractions spasmodiques des muscles du pharynx et d'une douleur violente au sommet de la tête, à droite de la ligne médiane, au niveau de l'angle antéro-supérieur du pariétal droit. Trépanation ; on trouve un *angiome des méninges* en communication avec le

sinus longitudinal supérieur; ablation totale de la tumeur sans perte de sang, grâce au pincement temporaire et définitif des vaisseaux variqueux dilatés, érectiles, dont elle était composée. Guérison.

A propos de ce fait, Péan fait remarquer que cette variété de tumeurs se manifeste uniquement, à l'inverse des angiomes extra-craniens, par des troubles fonctionnels cérébraux en rapport avec le siège occupé par la tumeur.

Ces symptômes fonctionnels sont : la douleur localisée au point lésé, l'épilepsie jacksonnienne, si la tumeur correspond à un centre moteur.

Ces symptômes augmentent par la flexion de la tête et son inclinaison en avant, et par la compression des veines jugulaires internes au cou.

VII. — Garçon de 16 ans, atteint de convulsions et d'hémiplégie gauche. L'affection a débuté quatre ans et demi auparavant par une crise brusque, avec aphasie, perte du mouvement de la main gauche; puis, il y a un an, par une seconde crise caractérisée par des mouvements de latéralité de la tête, puis engourdissement de la main et du bras gauche, avec perte de connaissance complète. Amélioration par un traitement bromuré, puis retour des crises beaucoup plus fréquentes (77 en trois semaines) avec persistance de la paralysie du bras gauche. Parésie moins accentuée de la face et du membre inférieur. Douleur fixe derrière l'oreille droite et à la région frontale correspondante. Névrite optique : légère diminution de l'acuité auditive; urines riches en chlorure et en matières extractives, pauvres en urée, en sulfates et en phosphates (sauf en phosphates terreux). On diagnostique un gliome de la frontale ascendante droite située vers la partie moyenne.

Opération le 31 octobre. Après avoir taillé un lambeau semi-lunaire, une couronne de trépan est appliquée au point correspondant au trajet de la scissure de Rolando. La dure-mère sectionnée, la circonvolution apparaît, saine, une seconde couronne de trépan est appliquée au-dessus, et la portion intermédiaire du pariétal enlevée par un trait de scie.

En découvrant la substance cérébrale, on constate une sorte de saillie bombée de la circonvolution, correspondant au point du premier trépan. En sondant cette circonvolution, brusquement elle se rompit et donna issue à un corps d'un brun rougeâtre qui s'énucléa facilement sans hémorragie. On constata une cavité close enkystée; après lavage antiseptique, les fragments osseux furent replacés, ainsi que le lambeau cutané, un drain fut laissé en place, le malade guérit sans incident : retour des mouvements du bras mais avec un certain degré de contracture spasmodique, disparition des crises épileptiformes.

Cependant vers le milieu du mois de mars, une nouvelle attaque est survenue.

Histologiquement, la tumeur était un sarcome plexiforme fuso-cellulaire.

H. R.

VIII. — Fin de l'observation de trépanation du crâne pour gliome pendant la grossesse (*R. S. M.*, XXXVII, 217). Quelques semaines avant son accouchement, la femme avait accusé successivement quelques tiraillements au niveau de la commissure labiale gauche, des contractions dans la moitié gauche de la langue, enfin quelques mouvements convulsifs dans la région sus-orbitaire gauche. Une semaine après sa délivrance elle se plaignit de céphalalgie frontale droite. Une quinzaine plus tard, c'est-à-dire trois mois et demi après l'opération, réapparition d'un accès typique d'épilepsie corticale commençant par le bras gauche, s'étendant ensuite à la moitié gauche du corps, puis devenant généralisé pendant 10 minutes. Deuxième accès un peu moins intense au bout de quelques jours. Dès lors, douleurs de tête et

étourdissements plus fréquents, sensation de chute sur le côté gauche, lourdeur, douleurs et tiraillements convulsifs dans le bras gauche. Généralement tous les phénomènes morbides ne duraient qu'une minute et dans les intervalles la santé redevenait parfaite. Les accidents se reproduisaient toujours le matin de bonne heure. Six mois après la trépanation, eut lieu la troisième attaque épileptique, rapidement suivie de deux autres. Peu à peu la sensation vertigineuse devint continue et la malade ne quitta plus son lit. Un mois plus tard, faiblesse et raideur du bras gauche, vomissements, somnolence et douleurs de tête constantes. Rien à l'examen ophtalmoscopique. L'état était redevenu à peu près le même qu'avant l'opération qu'il ne parut pas possible de renouveler. Mort au bout d'une semaine, avec hémiplegie gauche complète, pouls à 140 et délire.

Autopsie. Du crâne sort du pus provenant d'une tumeur grosse comme une pomme, en partie ramollie, et contenant plusieurs cavités. Cette tumeur est développée aux dépens de la circonvolution centrale droite dont elle traverse les deux substances au niveau de leur moitié inférieure; au voisinage de la tumeur, induration considérable de la substance blanche, tenant soit à une prolifération de la tumeur soit à une encéphalite interstitielle et empêchant de délimiter exactement l'étendue de la tumeur, œdème cérébral. En somme, il y a eu, comme on pouvait s'y attendre, reproduction du gliosarcome qui n'avait pu être enlevé qu'incomplètement. J. B.

IX. — Un garçon de 12 ans, atteint d'otite suppurée de l'oreille gauche, éprouve pendant plusieurs semaines des maux de tête, puis tout à coup, des vomissements, une paralysie partielle du bras droit, de l'aphasie et de la névrite optique gauche. Paget trépane au niveau de la scissure de Rolando gauche, et retire une once de pus. Onze jours après, nouvelle trépanation, au-dessous de la première : un gros caillot de sang fétide s'échappe deux jours après de la seconde plaie du trépan. Irrigation de l'abcès avec du perchlorure de fer étendu. Malgré une hernie du cerveau, qui fut maintenue par une pression élastique, la guérison fut régulière : l'enfant ressent cependant un certain degré de paralysie faciale. H. R.

X. — Garçon de 12 ans : six jours auparavant coup sur un barreau de fer qui lui fait une petite plaie au-dessus de l'orbite gauche. Aucun accident immédiat, ni les jours suivants, sauf un peu de somnolence. Le sixième jour léger écoulement de pus par la plaie, pouls lent et intermittent. On constate en sondant la plaie, une fissure osseuse. Trépanation le lendemain matin. On arrive sur une fracture en étoile du frontal avec pénétration de la table interne à travers la dure-mère. Un abcès anfractueux existe dans le lobe frontal : en le lavant à l'acide borique il s'écoule une notable quantité de matière cérébrale mélangée au pus. Drainage et lavages boriqués quotidiens. A partir du cinquième jour, écoulement considérable de liquide céphalo-rachidien, qui dure jusqu'au douzième jour, puis disparaît complètement, en même temps que reparait la suppuration. Guérison lente mais régulière.

L'auteur pense que le liquide céphalo-rachidien provenait non pas de l'espace sous-arachnoïdien antérieur, mais du ventricule latéral qui communiquait avec le foyer de l'abcès. H. R.

Linear craniotomy for microcephalus, par RANSOHOFF (*Med. News*, p. 653, 13 juin 1891).

Emma S... est âgée de 3 ans, de développement physique normal. La tête est un peu petite; l'enfant est incapable de marcher ou bien de se tenir debout; elle paraît ne connaître ni les personnes, ni les objets qui sont près d'elle. La déglutition est difficile, le bras gauche paraît plus faible que le droit. Toutes les deux heures, cri encéphalique, précédant une attaque

épileptique. La tête est petite, oxycéphalique. On enlève un lambeau osseux, sur le côté droit de la tête, large d'un demi-pouce et long de 5 pouces et demi. Malgré quelques accidents de suppuration, l'enfant guérit. Trois mois et demi après l'opération, les diamètres transverse, bi-pariétal, bi-frontal, bi-auriculaire, sont augmentés; le diamètre antéro-postérieur n'a pas augmenté. L'intelligence s'est un peu développée: l'enfant reconnaît sa nourrice; la déglutition est facile, les mouvements pour se lever sont plus vigoureux.

MAUBRAC.

I. — The diagnosis of traumatic lesions in cerebro-spinal axis, par WATSON (*Med. news*, p. 634, 6 juin 1891).

II. — Lateral deviation of the spine as a diagnostic symptom in Pott's disease, par R. W. LOWETT (*Trans. of the americ. orthopedic. Assoc.*, p. 182, 1890).

III. — The prognosis of pressure paralysis, par Halsted MYERS (*Ibidem*, p. 209, 1890).

IV. — Ein Fall von Lordose der Halswirbelsäule (Lordose des vertèbres cervicales), par P. HEIMANN (*Berlin. klin. Wochen.*, n° 47, p. 1090, 24 novembre 1890).

V. — Trephining of the spine for fracture, par D. KNOX (*Glasgow medic. journ.*, avril 1891).

VI. — Case of fracture of spine... (Résection des lames vertébrales dans un cas de fracture du rachis; guérison), par Golding BIRD et MEADOWS (*Brit. med. j.*, p. 1124, 23 mai 1891).

VII. — Two cases of angular curvature, paraplegia; laminectomy, recovery, par Arbuthnot LANE (*Ibidem*, p. 1227, 6 juin 1891).

VIII. — Spina bifida occulta; spine trephined, recovery, par JONES (*Brit. med. j.*, p. 173, 24 janvier 1891).

I. — Watson étudie plus particulièrement la commotion, et conclut : La commotion est l'ébranlement plus ou moins violent de divers organes produisant des troubles fonctionnels sous la dépendance de modifications vaso-motrices, et de lésions pathologiques bien définies. La commotion est générale quand plusieurs organes sont intéressés à la fois, ou localisée, lorsque l'action du traumatisme se limite à un seul organe. Quant aux symptômes, ils dépendent surtout de l'étendue des lésions pathologiques et des fonctions des organes intéressés. Le degré de fréquence avec lequel un organe est atteint dépend du point frappé, du poids de l'organe, de sa texture, de la protection que lui fournissent les parties voisines. Ces considérations expliquent la proportion des cas de commotion du cerveau, des poumons, du foie, des reins comparative-ment aux cas de commotion de la moelle.

Pour Watson, la commotion du cerveau ou de la moelle s'accompagne toujours de symptômes immédiats, et on ne saurait admettre de commotion sans signes immédiats.

Il n'existe point de signe pathognomonique de commotion d'un organe quelconque, mais un examen approfondi permettra de porter un diagnostic exact.

MAUBRAC.

II. — L'examen de plus de 30 malades atteints de mal de Pott a montré à Lowett que la déviation latérale de la colonne vertébrale était presque

constante. C'est moins une torsion sinueuse du tronc, qu'une inclinaison du corps sur un côté ou sur l'autre : la rotation est un facteur secondaire. Cette déviation paraît être un des symptômes initiaux du mal de Pott. La rotation des vertèbres n'est jamais très marquée : elle n'est jamais comparable à la rotation de la vraie scoliose : ce signe est surtout apparent dans la station debout. Dans quelques cas la déviation est due à la destruction osseuse, mais c'est en général un symptôme d'irritation musculaire. En raison de la douleur qui l'accompagne souvent, on peut la regarder comme l'analogue des déviations qui se produisent dans les autres affections articulaires. Le décubitus dorsal et l'extension de la colonne vertébrale, puis l'application d'un corset plâtré, constituent le meilleur traitement pour faire disparaître cette déviation très rapidement.

MAUBRAC.

III. — Sur 1,570 malades atteints de mal de Pott qui se sont présentés au dispensaire orthopédique de New-York, 218 étaient paralysés depuis un temps plus ou moins long : le siège de la maladie était 16 fois dans les vertèbres cervicales, 12 fois à la région cervico-dorsale, 105 fois dans la colonne dorsale au-dessus de la 8^{me} vertèbre, 40 fois dans la colonne dorsale inférieure, 19 fois à la région dorso-lombaire, 18 fois à la région lombaire, et 9 fois en un point non spécifié. La durée moyenne de la maladie, depuis les premiers symptômes jusqu'à ce que la marche fût convenable, a été pour la région cervicale de 12 mois, pour la dorsale supérieure de 9 mois et demi, pour la dorsale inférieure de 6 mois, et pour la lombaire de 8 mois. Sur ces 218 malades, 85 devinrent paralysés pendant le traitement, et dans ces cas la durée du traitement fut toujours sensiblement diminuée. Dans aucun cas la lésion osseuse ne siégeait au-dessus de l'aire motrice atteinte : la paralysie a atteint les membres supérieurs dans 6 cas : 3 ne furent pas traités, 1 mourut après une opération pour abcès cervical, et 3 furent guéris.

Le pronostic est en général très bon. Sur les 218 malades 55 0/0 sont connus comme ayant guéri, 26 0/0 (aucun n'est compris parmi les guéris) n'ont pas été traités, 3 0/0 sont morts de maladie intercurrente et 16 0/0 ont été perdus de vue.

Le traitement le plus souvent appliqué a été le corset de Sayre.

MAUBRAC.

IV. — Heymann n'a trouvé dans la littérature aucun fait semblable à celui qu'il publie actuellement à part celui qu'il avait relaté lui-même (*Berlin. klin. Wochens.*, 1877, n° 52).

Couvreur âgé de 29 ans sans antécédent morbide. Il vient consulter Heymann pour un enchifrènement qu'il a depuis quelques années ; en outre depuis un certain temps, il éprouve de la difficulté à avaler les bouchées un peu grosses. Cou dirigé en avant : la rondeur de la nuque est remplacée par une dépression profonde. A plus de 1 1/2 centimètres au-dessus de l'apophyse épineuse de la 7^e vertèbre cervicale, on sent par le palper une autre apophyse épineuse reliée à la précédente par une masse tendineuse rigide. C'est au-dessus de cette dernière apophyse que commence la dépression limitée supérieurement par l'occipital. On sent dans la profondeur, immédiatement au-dessus de la précédente, une autre apophyse épineuse repoussée en avant et au-dessus de l'écaïlle occipitale un corps arrondi.

Les premières vertèbres thoraciques sont légèrement déviées en arrière et à gauche.

L'épaule droite est un peu plus plate et le trapèze correspondant est moins développé, enfin le creux sous-claviculaire droit est un peu moins marqué.

Par la bouche, on voit à la paroi postérieure du pharynx une tumeur arrondie plus saillante à droite, ayant une consistance osseuse et immobile, commençant un peu au-dessus de l'épiglotte et remontant dans le pharynx nasal sans le remplir; les mouvements de la tête diminuent très peu la saillie de cette tumeur. Dans le pharynx nasal, on sent les corps de l'atlas et de l'axis, tandis que ceux des 3^e et 4^e vertèbres cervicales forment la tumeur.

La pression exercée sur les apophyses transverses au-dessous du larynx provoque une vive douleur en un point du côté droit et s'accompagne chaque fois d'une paralysie passagère de la corde vocale droite qui disparaît au bout de 3 ou 4 jours.

La saillie de la partie postérieure de pharynx empêche l'examen laryngoscopique de la partie postérieure du larynx.

J. B.

V. — Garçon de 13 ans atteint d'une fracture de la colonne vertébrale avec luxation en arrière de la 11^e vertèbre dorsale. Le lendemain de l'accident, paraplégie complète, motrice et sensitive, mais persistance de la contractilité. Trépanation du rachis 36 heures après le traumatisme. On trouva l'apophyse épineuse de la 10^e dorsale séparée du reste de l'os, le corps de la 11^e fracturé en bas et en avant, ainsi que les apophyses articulaires. Les vertèbres inférieures étaient luxées en arrière. Les lames de la 10^e vertèbre furent sciées, les apophyses articulaires réséquées, et la 10^e vertèbre repoussée en avant. La dure-mère ne fut point ouverte.

Suites de l'opération régulière. Retour de la sensibilité graduellement à partir du 2^e jour; de la motilité vers le 4^e jour; pourtant pendant près de 2 mois, l'enfant ne put remuer que ses doigts, sans soulever la jambe. A la fin du 12^e mois, il put se tenir debout et faire quelques pas. L'atrophie musculaire persista longtemps, mais finit par guérir.

H. R.

VI. — Une femme de 32 ans fait une chute de 30 pieds de haut et se brise la colonne vertébrale. Paralysie immédiate, avec paralysie des sphincters, et anesthésie des membres inférieurs. On constate que la 12^e vertèbre dorsale est refoulée en avant et à gauche: la pression sur l'apophyse épineuse détermine des crampes dans les jambes.

Aggravation notable dans les 48 heures qui suivent l'accident. Golding Bird se décide à opérer. Incision verticale de cinq pouces de long au niveau des apophyses épineuses, de façon à dénuder les 11^e et 12^e vertèbres dorsales.

On constate une disjonction de ces 2 vertèbres, et une subluxation en avant de la 10^e, dont l'arc postérieur comprime directement la moelle. Les lames des apophyses épineuses de ces deux vertèbres sont successivement réséquées, et la cavité rachidienne débarrassée de ses caillots. Lotions phéniquées, puis pansement à l'iodoforme, suture sans laisser de drain.

Huit heures après l'opération, douleur et fourmillements dans les membres inférieurs; le 3^e jour, retour de la sensibilité et de quelques mouvements du côté droit. Le 6^e jour, mouvements complètement revenus à droite. Guérison complète au bout de deux mois.

H. R.

VII. — *Obs. 1.* Garçon de 16 ans; chute d'une fenêtre de 20 pieds de haut. Un an après, douleur dorsale qui persiste plusieurs mois et se complique de courbure angulaire des vertèbres. Traitement de Sayre pendant trois mois. Au bout de ce temps, symptômes de paraplégie graduellement croissants. Admission à l'hôpital le 29 août 1890. Paraplégie motrice absolue des membres inférieurs et des muscles abdominaux, persistance des réflexes tendineux: anesthésie concomitante. Saillie anormale de la 5^e vertèbre dorsale.

Opération le 1^{er} septembre. Les lames vertébrales des 4^e, 5^e et 6^e vertèbres dorsales sont mises à nu et réséquées. On trouve la moelle refoulée en arrière par un abcès situé à sa partie antérieure. L'ouverture de cet abcès conduit à

un foyer caséeux correspondant au corps des vertèbres. Grattage et nettoyage de la cavité, ablation des séquestres osseux, réplétion de la cavité avec de la glycérine et de l'iodoforme. Pansement antiseptique et drainage.

Retour des mouvements et de la sensibilité très rapide, en moins de 48 heures : mais quelques jours plus tard, réapparition des phénomènes paraplégiques.

Obs. 2. Fille de 21 ans, strumeuse : traumatisme du dos dans un escalier. Deux mois après, douleur dorsale. Apparition des signes du mal de Pott au bout de 18 mois, puis affaiblissement progressif des membres inférieurs. A son entrée à l'hôpital le 28 octobre 1890, elle avait une paraplégie motrice et sensitive complète, avec paralysie du sens musculaire, refroidissement des membres et les réflexes patellaires étaient conservés.

Le 5 novembre, résection des lames et d'apophyse épineuse des 9^e, 10^e et 11^e vertèbres dorsales : on trouva la moelle comprimée entre le corps de la 10^e vertèbre et les lames de la 11^e. Drainage.

Le lendemain, sensation différente dans la jambe qui est encore anesthésique. Le 12 novembre, perception de la température revenue : spasmes douloureux des membres. Le 20 novembre, retour de quelques mouvements de la jambe gauche ; le 30, motilité complète.

Cinq mois après, réapparition de la paraplégie. On rouvre la plaie, et on trouve un abcès caséeux renfermant des fragments osseux. Finalement, guérison complète. H. R.

VIII. — Homme de 22 ans, employé comme manœuvre dans une filature où il travaillait 10 heures par jour depuis 5 ans. Début des accidents par des crampes de la jambe gauche, qui persistent deux ans et s'accompagnent de pied bot varus équin gauche et d'une atrophie des extenseurs de la jambe correspondante. On lui fait la section du tendon d'Achille, qui guérit lentement sans amener de soulagement notable : il éprouve une sensation constante de brûlure à la plante du pied. Alors seulement on s'aperçoit de la présence d'un spina bifida congénital de la région saine qui avait été jusque-là méconnu. Il existe des signes de névrite concomitante : suppression des réflexes tendineux, contractions fibrillaires, troubles sensitifs : hyperesthésie du tronc et de la partie antérieure des cuisses, anesthésie, au contraire, des jambes, de la partie postérieure des cuisses et du bassin.

Après avoir inutilement essayé les courants continus, on se décide à intervenir chirurgicalement. L'opération consiste à isoler les vertèbres saines et à réséquer les apophyses épineuses, de façon à mettre à nu la queue de cheval, que l'on trouve comprimée par des tissus de cicatrice sous forme d'une bande fibreuse transversale. Section de cette bande. Pansement antiseptique et suture immédiate du lambeau cutané. Guérison rapide, malgré quelques crises de douleurs fulgurantes : massage concomitant des muscles de la jambe et électrisation un mois après l'opération. Plus tard, ostéotomie astragalienne pour redresser la jambe. Le résultat final est satisfaisant, et la maladie, six mois après, marche sans difficulté, comme par le passé. H. R.

Halbseitenläsion des Rückenmarks (Lésion unilatérale de la moelle), par BORNTREGER (*Deutsche med. Woch.*, n° 42, p. 1116, 1890).

Un matelot, âgé de 23 ans, reçoit un coup de couteau à la nuque. Il tombe et ne peut se relever, car les membres du côté droit sont paralysés. Il entre à l'hôpital ; au bout de 2 mois 1/2 (novembre 1887), il peut marcher et se servir de son bras et quitte l'hôpital. Depuis cette époque, l'état est à peu près stationnaire.

Actuellement on constate une cicatrice à la hauteur des 2^e et 3^e vertèbres cervicales ; mais on ne peut dire si c'est entre ces 2 vertèbres ou dans l'espace suivant que le couteau a pénétré. Les seuls muscles atrophiés sont

ceux de la main droite (interosseux, lombricaux, muscles des éminences thénar et hypothénar). Il n'y a donc lésion de la corne antérieure que dans un espace très restreint.

Pas de réaction de dégénérescence. Parésie des muscles, du tronc et des membres à droite. Exagération des réflexes du même côté (lésions du cordon latéral).

La main *droite* présente des troubles de sensibilité : hémianesthésie partielle ; diminution de la sensibilité tactile à la paume de la main ; diminution de la sensibilité électro-cutanée. Diminution du sens musculaire. Absence de coordination des mouvements des doigts.

Perte de goût au niveau des 2/3 postérieurs de la langue. L. GALLIARD.

I. — Les névromes plexiformes et les pachydermies névromateuses, par AUDRY et LACROIX (*Lyon méd.*, 24 mai 1891).

II. — Ueber Fibrome und Sarcome der peripheren Nerven, par HERCZEL (*Ziegler's Beitræge z. path. Anat.*, VIII, 1, p. 38).

III. — Tubercules douloureux formés par des fibromes multiples des deux grands nerfs occipitaux. Excision, par E. KUMMER et H. CHRISTIANI (*Revue médic. Suisse romande*, X, 737, décembre 1890).

IV. — Des néoplasmes primitifs des nerfs des membres, par PERET-GILBERT (*Thèse de Paris*, février 1891).

I. — Les auteurs reprennent l'histoire de cette question d'après les observations anciennes et trois cas inédits, au total 21.

Ils divisent cette variété de tumeurs en : 1° *Névrome plexiforme de la tête*, maladie presque toujours congénitale, constituée par des cordons durs, élastiques, sous-cutanés, indolents. La plupart du temps il existe des déformations des plans osseux sous-jacents. Point d'élection, la région juxta-auriculaire. Ces tumeurs sont constituées par des tubes nerveux amyéliniques, plus ou moins englobés, suivant le stade d'évolution, dans une gangue conjonctive qui s'épaissit et s'augmente au fur et à mesure.

2° *Névrome du tronc et du cou*. Dans ces régions la tumeur revêt un peu l'aspect du molluscum : coloration pigmentée de la peau, forme pendulaire.

3° *Pachydermies névromateuses*. Les auteurs partagent l'opinion de Czerny qui rattache ces tumeurs à des névromes éléphantiasiques. Ils publient un cas intéressant chez une femme de 26 ans, tumeur de toute la cuisse droite, congénitale, coloration brune de la peau, masses résistantes lobulées, sans troubles vasculaires ; une série d'opérations permit de débarrasser complètement la malade de cette tumeur, qui donnait l'aspect d'un véritable éléphantiasis.

A. CARTAZ.

II. — L'auteur en rapporte trois cas. Le premier concerne un enfant de 9 ans, porteur d'un *naevus pigmenté* au bras gauche ; autour de lui se sont développées des tumeurs qui atteignent depuis deux ans les fosses sus-claviculaires. La tumeur enlevée est formée d'un conglomérat de quatre troncs nerveux moniliformes. Histologiquement on note une forte néoformation de vaisseaux dont la lumière est presque oblitérée par l'endartérite ; l'endonèvre est fortement hyperplasié et en état de dégénérescence hyaline. Il n'y a pas de prolifération nerveuse ; au contraire, les fibres sont atrophiées et on voit des cylindraxes nus dans des îlots de substance hyaline. Des examens des glandes de la peau montrent pour la plupart d'entre elles une prolifération

conjonctive de leur enveloppe. Les deux autres observations proviennent d'une fillette de 10 ans et de sa mère, âgée de 36 ans. On notait des altérations cutanées et nerveuses analogues.

C. LUZET

III. — Femme de 48 ans, obligée de porter des fardeaux sur sa tête. Depuis une dizaine d'années, elle éprouve constamment à l'occiput des douleurs qui s'étendent jusqu'au vertex. Il y a 8 ans environ, elle a remarqué sous la peau de l'occiput et des 2 côtés de la ligne médiane de petites nodosités douloureuses à la pression, grosses comme des têtes d'épingle et qui depuis lors se sont mises à grossir, l'une d'elles a atteint les dimensions d'un haricot.

Il y en a 4 à gauche, 2 à droite, correspondant à peu près aux ramifications du grand nerf occipital. Elles sont mobiles entre l'aponévrose et la peau, de consistance dure et extrêmement douloureuses à la pression. Excision. De couleur blanchâtre à la surface, l'examen microscopique montre qu'il s'agit de fibromes multiples du nerf.

J. B.

IV. — Les tumeurs primitives des nerfs des membres appartiennent en grande majorité à la classe des tumeurs bénignes. Ce sont des fibromes, des myxomes, des sarcomes ou des combinaisons de ces espèces anatomiques. L'épithélioma ne se rencontre que très rarement à l'état primitif; le plus souvent il est secondaire par propagation. Les tumeurs décrites sous le nom de névromes *myéliniques* et *amyéliniques* n'existent pas.

L'anatomie pathologique des fibromes est encore à faire; on peut cependant dire que l'hyperplasie des éléments fibreux peut avoir pour point de départ soit le névrilème, soit les gaines fasciculaires. Dans le premier cas, la tumeur est latérale et refoule à la périphérie les éléments nerveux qui restent sains. Dans le second, la lésion peut être localisée, systématisée à un seul filament nerveux; le néoplasme est alors circonscrit, encapsulé, facilement énucléable. D'autres fois le processus se généralise à un plus ou moins grand nombre de filaments; le nerf peut être envahi dans sa presque totalité. Cette dernière forme de tumeur constitue une contre-indication à l'intervention. On aura recours à l'énucléation en tentant toujours la décortication: la résection doit être employée en dernière ressource, et en ce cas la suture sera tentée toutes les fois que l'espace inter-segmentaire permettra la réunion des extrémités nerveuses.

MAUBRAC.

I. — Congenital wry-neck (Torticolis congénital), par C. Golding BIRD (*Guy's hosp. Rep.*, XLVII, p. 252, 1890).

II. — Spasmodic wry-neck... (Torticolis spasmodique guéri par la résection du spinal accessoire, etc.) par Noble SMITH (*Brit. med j.*, p. 752, 4 avril 1891).

III. — A new operation for spasmodic wry-neck (Opération pour le traitement du torticolis spasmodique), par W. KEEN (*Annals of surgery*, janvier 1891).

I. — Mémoire intéressant, basé sur l'analyse de six observations personnelles. Voici les conclusions de l'auteur:

Le torticolis congénital s'accompagne constamment d'une hémiatrophie faciale du côté correspondant. C'est une affection du côté droit: on ne rencontre jamais le torticolis gauche. Elle est tout à fait distincte de ce que l'on voit chez les enfants et que l'on regarde comme la rupture du sterno-mastoïdien, dans laquelle le muscle est localement épaissi.

Cette dernière lésion peut siéger des deux côtés indifféremment, et elle ne s'accompagne pas de torticolis.

Le torticolis congénital n'est pas un accident imputable à une névrite périphérique, mais à une lésion centrale de l'hémisphère; c'est le résultat d'une polio-encéphalique aiguë. C'est la contre-partie, pour la tête et le cou, de la paralysie infantile avec pied-bot de la jambe.

L'hémiatrophie faciale n'est pas la conséquence du torticolis, elle en fait partie intégrante, et dépend, comme lui, d'une origine centrale. Souvent elle précède le torticolis, presque toujours elle est plus accentuée que lui et peut exister seule. Tout comme le raccourcissement du sterno-mastoïdien, l'hémiatrophie faciale est due à un arrêt de développement, et ne s'accompagne pas de dégénérescence des tissus, ni de pigmentation anormale, comme c'est le cas dans certaines formes d'hémiatrophie de la face qui surviennent après la première enfance et ne s'accompagnent pas de torticolis.

Le traitement est chirurgical et porte sur le redressement de la position de la tête que l'on peut améliorer. L'atrophie de la face est définitive et incurable.

II. — Femme de 41 ans, atteinte depuis 16 ans de torticolis spasmodique qui était devenu intolérable dans les dernières années. A chaque instant, la tête était brusquement entraînée à droite, avec contraction brusque du sterno-mastoïdien, du trapèze et du splénus. L'immobilisation par des appareils avait été impuissante.

Le 6 mars, incision de deux pouces de long derrière l'oreille gauche, le long du bord antérieur du sternomastoïdien, de façon à découvrir le ventre postérieur du digastrique et le stylo-hyoïdien : le nerf spinal est trouvé à ce niveau, sectionné, la plaie pansée. Résultat excellent pendant quelques jours, mais retour des accidents au bout d'une semaine.

Le 22 avril, nouvelle opération. Cette fois, excision du spinal sur une longueur d'un tiers de pouce. Le résultat de l'opération est une paralysie complète du trapèze et du sterno-mastoïdien avec sensation de bien-être notable qui dure plusieurs semaines, mais retour des contractions spasmodiques dans la sphère du splénus.

Le 28 mai, incision à partir de l'occiput, le long de la gouttière vertébrale, à travers les muscles du cou, de façon à mettre à nu les branches postérieures des nerfs cervicaux. Section du grand nerf occipital et de tous les filets nerveux qui se rendent au splénus et au complexus. Cette fois guérison définitive, sans inconvénients notables dus à la paralysie des muscles cervicaux.

III. — L'opération proposée par Keen consiste dans la section et l'excision des nerfs qui animent les muscles rotateurs postérieurs de la tête, à savoir : le splénus, le grand droit postérieur et l'oblique inférieur. Ces nerfs sont les rameaux postérieurs des trois premières paires nerveuses cervicales. L'incision qui les découvre part au-dessous du lobule de l'oreille, et suit la ligne médiane postérieure du cou. Le trapèze est divisé transversalement, puis le complexus : on doit ménager le grand nerf occipital. La branche postérieure du deuxième nerf cervical apparaît alors et est sectionnée. Puis, dans le triangle sous-occipital, on aperçoit le nerf sous-occipital qui est également sectionné. Enfin, au-dessous du grand occipital, on trouve le rameau externe de la branche postérieure de la troisième paire, qui est le dernier nerf à sectionner. Opération difficile à cause de la profondeur de l'incision et de l'hémorragie qui l'accompagne.

Ueber chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii (Traitement chirurgical du goitre exophtalmique), par LEMKE (*Deutsche med. Woch.*, p. 47, 8 janvier 1891).

Garçon de 17 ans, atteint depuis deux ans de goitre exophtalmique, avec crises de dyspnée considérable. Tentative infructueuse de trachéotomie, en raison de l'étendue du bronchocèle. L'asphyxie étant imminente, on pratiqua la laryngotomie d'urgence, en introduisant par l'ouverture laryngée une longue canule intratrachéale. Huit jours plus tard, extirpation de la tumeur thyroïdienne qui offrit de grandes difficultés, mais fut suivie d'une amélioration considérable, car au bout d'une semaine le malade respirait sans canule. L'exophtalmie disparut immédiatement après l'opération et la guérison s'est maintenue complète depuis lors.

Lemke rapporte un second cas analogue, également suivi de mieux, chez un homme de 47 ans, atteint depuis de longues années de goitre exophtalmique.

L. CALLIARD.

I. — Anévrisme spontané de l'artère thyroïdienne inférieure, par BROUSSES (*Bull. acad. de méd.*, 31 mars 1891).

II. — Un cas d'anévrisme ischiatique, par MONTAZ (5^e Cong. franç. chir. *Bulletin méd.*, 31 mai 1891).

I. — Homme de 38 ans, sans autres antécédents qu'une néphrite aiguë récente; peu après, apparition de douleurs et d'une tumeur cervicales à développement rapide. L'état est le suivant: une tumeur, grosse comme une tête de fœtus, occupe toute la région sus-claviculaire gauche, soulevant le sterno-mastoidien et le trapèze. La peau tendue, luisante est parsemée de quelques phlyctènes. Résistante, bosselée, non réductible, peu mobile, la grosseur ne présente ni mouvements d'expansion, ni thrill, mais des pulsations isochrones aux battements du pouls. Cœur hypertrophié; pouls radial vibrant, irrégulier, plus faible du côté gauche. Douleurs revenant par crises atroces dans tout le département du plexus brachial; parésie légère du membre supérieur gauche.

Aggravation rapide par l'accroissement de la tuméfaction, refoulement de la trachée à droite, dysphonie et dysphagie, paralysie et anesthésie absolues du bras gauche, disparition des battements dans les artères du membre supérieur. Augmentation graduelle des troubles respiratoires et mort.

L'autopsie a montré qu'il s'agissait d'un anévrisme faux consécutif, dont le point de départ avait été l'artère thyroïdienne inférieure, née d'un tronc thyro-scapulo-cervical et rupturée à 1 centimètre de son point d'origine. Des caillots blancs, résistants, remplissaient la poche, dans la partie postérieure de laquelle étaient englobés le pneumogastrique gauche et les troncs du plexus brachial, l'artère sous-clavière et ses collatérales. La partie supérieure de la thyroïdienne était très flexueuse, triplée de calibre; les parois étaient amincies: le lobe thyroïdien de ce côté présentait le volume d'une grosse poire.

II. — Ce fait concerne un homme de 35 ans qui, depuis plusieurs mois, avait vu se développer une tumeur dans la région fessière droite. Ses caractères étaient les suivants: elle offrait le volume du poing et présentait des battements, du thrill et un souffle intermittent. L'iliaque interne était dilatée; battements tout le long de la face postérieure de la cuisse; lésions artérielles diffuses et insuffisance aortique.

Une injection de quelques gouttes de perchlorure de fer dans la tumeur fit disparaître ses battements, mais détermina une gangrène de l'avant-pied qui nécessita l'amputation de Chopart. L'anévrisme resta guéri, et le malade

s'étant suicidé quelques mois plus tard, on trouva à l'autopsie une induration fibreuse le long de l'artère ischiatique. Comme signe de valeur de ces anévrysmes, l'auteur signale l'existence des battements le long du réseau collatéral, qui réunit l'ischiatique à la fémorale profonde. OZENNE.

I. — Méthode de transformation prompte des produits tuberculeux des articulations et de certaines autres parties du corps humain, par LANNELONGUE (*Bull. acad. de méd.*, 7 juillet 1891).

II. — Traitement des tumeurs blanches par la méthode sclérogène, par LANNELONGUE (*Congrès de la tuberculose. Bulletin méd.*, 2 août 1891).

III. — Sur la méthode sclérogène de Lannelongue, par COUDRAY (*Congrès de la tuberculose. Bulletin méd.*, 2 août 1891).

I. — Dans cette communication, Lannelongue donne un exposé complet de la méthode thérapeutique qu'il a appliquée à un certain nombre de cas de tuberculose, la tuberculose articulaire en particulier.

Le but qu'il s'est proposé d'atteindre est de scléroser le tissu tuberculeux, quel que soit son siège ; et pour y arriver, c'est en dehors et autour des fongosités et des foyers tuberculeux qu'il a fait pénétrer un agent thérapeutique, le chlorure de zinc, dont l'action a pour effet de produire une transformation fibroïde des tissus normaux.

Sous l'influence de ces injections, il se produit une réaction variable suivant que l'on a affaire à des tuberculoses non ouvertes et non suppurées, à des tuberculoses non ouvertes et suppurées, et à des tuberculoses ouvertes.

Dans le premier cas, on note un gonflement assez prononcé des parties malades et de celles qui les environnent, gonflement uniforme, sous-cutané, lorsque l'injection a été faite profondément sans rougeur de la peau ; cette dernière ne prend une teinte érythémateuse que si l'injection a été superficielle. Dans les jours qui suivent, les tissus fongueux deviennent plus résistants et parfois il se produit des noyaux durs et comme cartilagineux au lieu de l'injection ; dans quelques cas, on perçoit un état fasciculé profond de la synoviale.

Si le liquide a été déposé sur le périoste ou entre cette membrane et l'os, un nouvel os se forme à la surface de l'ancien, qui lui-même est le siège d'un travail de condensation osseuse. Ultérieurement il s'accommplit au sein de ces tissus transformés, une évolution telle que les parties retrouvent leur souplesse et leur forme. Pas de troubles dans la santé générale.

Comme accidents on a constaté un épanchement sanguin, n'apparaissant que quelques jours après les piqûres et dû à de petites ruptures vasculaires tardives, et quelquefois de très légères eschares superficielles, que l'on peut éviter en ne pratiquant pas les injections superficiellement.

Dans les cas de tuberculoses non ouvertes et suppurées, l'articulation doit d'abord être vidée et lavée à l'eau stérilisée, puis on injecte la périphérie des fongosités en divers points ; le processus de réparation suit les mêmes phases ; cependant le liquide peut se reproduire, mais on a noté qu'il n'était plus purulent.

Enfin, lorsqu'on agit sur des tuberculoses ouvertes, ou l'injection modificatrice donne lieu à une irritation de bon aloi quand les tissus possè-

dent une vitalité suffisante, ou bien elle provoque un état subaigu, d'où naît l'indication opératoire, si les tissus mous ou le squelette sont arrivés à la phase de mortification irréparable.

Expérimentalement les résultats de ces injections ont été les suivants : Dans le foyer de l'injection, hémorragie, réaction inflammatoire intense, artérite oblitérante même au delà du foyer, et organisation du tissu embryonnaire en tissu fibreux, telles sont les phases qui se déroulent d'une façon générale dans tous les tissus.

La technique de cette méthode thérapeutique, *méthode sclérogène*, repose sur ce principe : Agir sur la zone des tissus la plus voisine des fongosités et des néoplasmes tuberculeux, c'est-à-dire sur les parties qui contiennent les vaisseaux alimentaires des tissus tuberculeux. Les règles que l'on doit suivre dans l'application de cette méthode sont les suivantes :

Les injections, qu'on évitera de faire dans la cavité articulaire, auront lieu dans les régions d'où les synoviales tirent leurs vaisseaux, c'est-à-dire sur les os au niveau des culs-de-sac et dans les fongosités le long des gros ligaments, qui alimentent encore les régions voisines des synoviales.

Les vaisseaux et les nerfs étant autant que possible évités, ces injections, que l'on ne doit pas pratiquer immédiatement sous la peau, mais sous l'aponévrose superficielle, doivent être exécutées avec la solution au 1/10 pour les fongosités articulaires, les tuberculoses costales, iliaques, les adénites tuberculeuses, etc., avec la solution au 1/40 dans les poumons et au 1/20 autour de l'épididyme ou dans les doigts du spina ventosa.

Il vaut mieux n'injecter que de petites quantités à la fois, deux gouttes par exemple, et multiplier les surfaces de contact (6 à 10 suivant les régions).

Avant de faire les injections, on doit redresser les membres, et trois jours après ces injections on applique un bandage ouaté compressif, qui aide la résolution inflammatoire et facilite la résorption des foyers sanguins.

Dans le courant de trois mois, Lannelongue a appliqué cette méthode sur 23 malades qui sont ou guéris ou en voie de guérison ; cependant, bien qu'on l'ait constaté une fois sur une masse fibreuse extirpée, il n'est pas encore possible d'affirmer la disparition constante du bacille dans les tissus transformés.

Le Fort rappelle qu'en 1879 il a fait à la *Société de chirurgie* une communication sur les injections médicamenteuses dans les arthrites fongueuses, et qu'il a alors préconisé l'emploi du sulfate de zinc. Depuis 12 ans, il a renouvelé ces injections avec succès, en les faisant dans les fongosités et en dehors de l'articulation. Le sulfate de zinc doit être préféré au chlorure, qui expose à la formation d'escarres.

Quant aux injections intra-articulaires, il ne s'en déclare pas l'adversaire, les résultats publiés par Wendelstadt, Bruns, Krause, étant venus prouver leur efficacité.

En résumé, les procédés opératoires employés depuis quelques années par différents auteurs, y compris la méthode sclérogène de Lannelongue, ne sont que de simples modifications de la méthode imaginée, mise en pratique et publiée en 1879 par l'auteur.

Lannelongue, dans la proscription des injections intra-articulaires, n'a eu en vue que les injections de chlorure de zinc.

Quant à la méthode qu'il emploie, elle diffère essentiellement de celles qui préconisent les injections interstitielles dans les tissus malades, que Luton déjà en 1875 et Hueter en 1877 ont mises en pratique. Par sa manière de faire, c'est exclusivement sur les tissus sains que doit agir le chlorure de zinc, en les sclérosant et en oblitérant les vaisseaux qui alimentent les fongosités.

II. — Dans ce deuxième mémoire, Lannelongue, après avoir reproduit les règles générales qui doivent présider à l'application de la méthode sclérogène, expose les résultats expérimentaux qu'il a recueillis à la suite d'injections de chlorure de zinc faites à la surface d'un fémur de cobaye; de l'examen de la pièce il est résulté que l'os était devenu le siège d'une ostéo-périostite productive à forme condensante.

L'auteur, considérant séparément les tuberculoses ostéo-articulaires et les tuberculoses des parties molles, entre ensuite dans des détails circonstanciés pour chaque région du corps relativement au manuel opératoire. Chacune de ces descriptions, un peu particulière suivant le siège des lésions, est accompagnée de la relation d'un certain nombre de faits et des résultats que l'on a constatés.

III. — Coudray a appliqué la méthode sclérogène sur 9 malades : 4 fois pour des tumeurs blanches du genou non suppurées, 2 fois pour des tumeurs du cou-de-pied et enfin dans trois autres circonstances pour deux adénites tuberculeuses et pour des gommes multiples de la peau. La technique de l'injection, à l'occasion de laquelle l'auteur donne quelques détails au sujet du mal de Pott, a été exécutée telle que l'a formulée Lannelongue. Quant aux résultats définitifs, ils ne peuvent être énoncés, vu la date récente des interventions.

OZENNE.

Résultats éloignés de la guérison des abcès froids par les injections d'huile iodoformée, par REDARD (*Cong. de la tuberculose. Gaz. des hôp.*, 1^{re} août 1891).

Pour le traitement des abcès froids, Redard préfère à l'éther iodoformé, qui peut donner lieu à des accidents, l'huile iodoformée, avec laquelle il n'a constaté ni intoxication, ni gangrène. Employée en injection dans la proportion de 10 0/0, elle donne lieu à des guérisons plus rapides que l'éther et se résorbe très promptement. Pour éviter les inoculations secondaires, il est important d'agir antiseptiquement. 30 abcès, dont 26 d'origine osseuse, ont été ainsi traités et ont donné 25 guérisons.

OZENNE.

Indications fournies au diagnostic et au traitement des suppurations par les recherches bactériologiques, par VERNEUIL (5^e *Cong. franc. chir.*, *Bulletin méd.*, 5 avril 1891).

Dans toutes les suppurations, on trouve, à un moment donné, des microbes qui sont les agents de ces suppurations. Ils sont d'espèce variable, tantôt à l'état d'isolement, tantôt formant des associations microbiennes, pouvant se substituer les uns aux autres.

Les microbes, essentiellement pyogènes, qui viennent toujours du dehors et dont la vitalité est variable produisent partout la suppuration.

Etant donné un foyer purulent, on peut reconnaître par l'examen bactériologique qu'elle est la nature de l'agent pyogène. C'est un point de pratique important, car le même pansement antiseptique n'est pas applicable pour tous ces cas; on doit s'efforcer d'utiliser l'agent microbicide qui convient à chaque genre de suppuration.

OZENNE.

Ostéo-périostite consécutive à la fièvre typhoïde ; conservation des bacilles vivants dans les foyers inflammatoires, par PÉAN et CORNIL (*Bull. Acad. de méd.*, 14 avril 1891).

Jeune fille de 19 ans contracte, en juillet 1890, une fièvre typhoïde à forme surtout intestinale; au cours de la convalescence, tuméfaction douloureuse de la partie médiane du tibia gauche, incision et issue de pus bien lié: malgré ce traitement, augmentation de la tumeur osseuse. Cinq mois plus tard, apparition de trois exostoses douloureuses sur les tibias; elles présentent toutes la même constitution et le traitement suivant leur est appliqué: Après incision de la peau et du périoste épaissi, on arrive sur la surface de l'os, qui est saillant, dur et épais. Une cavité existe au-dessous des couches superficielles de l'os dans le tissu compact de la diaphyse.

Cette cavité est remplie d'un tissu rosé très vascularisé, semi-transparent, comme des fongosités de tumeur blanche, et sa paroi est dure et éburnée. Cette dernière est dégagée à la gouge et au maillet. Guérison.

L'examen histologique montre les lésions des inflammations périostique et osseuse et la présence de foyers purulents, dans lesquels se trouvait le bacille typhique, dont on a pu obtenir des cultures.

OZENNE.

Ostéomyélite de l'humérus droit, consécutive à une infection post-vaccinale par les staphylocoques, par SABRAZÈS (*Journ. de méd. Bordeaux*, 7 juin 1891).

L'évolution de cette infection a été observée sur une fillette de 4 ans qui, trois jours après une vaccination, eut un abcès superficiel à chaque point d'inoculation, suivi d'une éruption furoncleuse sur la paroi antérieure des aisselles. Deux mois plus tard apparaissent les premiers symptômes d'ostéomyélite de l'humérus droit, de nécrose partielle, et bientôt l'on était amené à extraire un séquestre qui baignait dans le pus. Ce pus, ensemené sur des plaques, a donné des cultures pures de staphylocoques dorés. Ce sont ces agents septiques qui, par l'intermédiaire de la vaccination, ont déterminé l'ostéomyélite.

Le vaccin avait été recueilli sur un enfant dont les pustules avaient un aspect noirâtre et laissaient écouler une sérosité de mauvais aloi. Trois autres enfants, inoculés avec le même vaccin, ont eu des abcès superficiels au niveau des piqûres et consécutivement soit des furoncles, soit diverses collections purulentes.

OZENNE.

Ueber die typhöse Entzündung der Rippen (De la chondrite costale dans la fièvre typhoïde), par HELFERICH (*Berlin. klin. Wochens.*, 20 et 27 octobre 1890).

Dans les 5 dernières années, Helferich a observé, soit dans le cours, soit dans la convalescence de la fièvre typhoïde, 8 cas d'inflammation des côtes thoraciques, spécialement au niveau de leur partie cartilagineuse; dans la moitié des cas, il y avait plusieurs côtes d'atteintes. Les douleurs n'ont manqué que chez 2 malades. La tuméfaction osseuse augmentait graduellement, puis la peau se soudait aux tissus sous-jacents, rougissait de plus en plus et finissait par se rompre, donnant lieu à une fistule qui sécrétait un peu de pus. Le trajet fistuleux abou-

tissait dans une petite cavité remplie de granulations au fond de laquelle se trouvait à nu le périchondre épaissi par des callosités. Le cartilage présentait souvent des calcifications et même des séquestres.

Ce qui différencie cette affection typhoïdique de la tuberculose costale, c'est la persistance du bon état général, en dépit d'une ouverture fistuleuse invétérée.

Bien que la guérison puisse s'effectuer spontanément, il y a lieu d'intervenir chirurgicalement quand le mal traîne en longueur, afin de prévenir des récidives. L'opération consiste à pratiquer une résection étendue de la partie cartilagineuse malade et à gratter les parties molles.

Helferich, n'ayant observé cette complication qu'à partir de l'âge de 30 ans, pense qu'elle trouve une cause prédisposante dans les altérations régressives des cartilages costaux.

Dans la discussion, von Bergmann déclare avoir observé aussi plusieurs cas semblables, sous la dépendance de la fièvre typhoïde; il a remarqué également que le siège de prédilection était à l'union du cartilage avec l'os.

J. B.

Ueber das Aussprengen von Knochenstücken... (De l'arrachement de fragments osseux à la surface des extrémités articulaires, à la suite de légers efforts) par RIEDEL (*Cent. für Chir.*, 21 mars 1891).

Jusqu'ici tout le monde s'accordait à admettre que l'arrachement de fragments osseux ou ostéo-cartilagineux à la surface des extrémités articulaires comportait la nécessité d'efforts violents, et ne pouvait jamais se produire sous l'influence de contusions légères.

Des expériences sur le cadavre avaient même semblé démontrer la nécessité de ces violences, mais les expériences cadavériques sont absolument impropres à trancher la question.

Il s'agit en effet, le plus souvent, de mouvements actifs, comme lorsque les muscles sont brusquement mis en tension pour se mettre en garde contre un danger.

La question reste donc uniquement sur le terrain clinique, et encore ne doit-on s'en rapporter qu'à des observations de faits récents, c'est-à-dire de cas où le fragment osseux sera retrouvé aussitôt après le traumatisme; si on ne le retrouve que des semaines ou des mois après, on pourra toujours objecter que le détachement est une lésion secondaire. L'auteur cite à l'appui de son dire les observations de Poulsen, de Schussler, de Teale et une observation personnelle, dans lesquelles il s'agissait d'efforts relativement légers, et où la présence de fragments était constatée par l'ouverture de l'articulation très peu de temps après l'accident.

A côté de ces cas, il en est beaucoup d'autres où l'on ne reconnaissait jusqu'ici qu'un détachement secondaire des fragments osseux contusionnés, mais où il s'agissait sans doute d'arrachements primitifs: ce sont surtout ces cas où la lésion est suivie presque aussitôt de gonflement et d'épanchement. Souvent le fragment osseux n'a manifesté sa présence que le jour où il a été mis par hasard en mouvement dans la jointure et où il s'est révélé par les symptômes de corps étrangers

En résumé : 1° quand, immédiatement après la lésion, on trouve de vives douleurs et un épanchement articulaire, il faudra diagnostiquer un arrachement *primitif* ; 2° par contre, une gêne à peu près nulle aussitôt après l'accident, et l'apparition tardive des symptômes de corps étrangers feront penser à un détachement secondaire par ostéochondrite disséquante.

ARNOULD.

De la suture osseuse dans les fractures de la clavicule, par CALLÉGARI (*Thèse de Paris, n° 191, 1891*).

Un homme de 51 ans est atteint de fracture directe de la clavicule, à l'union du tiers moyen avec le tiers externe de l'os. Le bord postérieur du fragment interne s'est détaché, formant une esquille dont l'extrémité externe, plus volumineuse, s'est complètement écartée, pour se diriger en arrière du côté du plexus brachial. Bien qu'il n'y ait pas de filet nerveux intéressé, Poirier enlève cette esquille qui mesurait 3 centimètres de longueur avec une épaisseur de 5 à 6 millimètres. Les deux fragments sont maintenus par deux points de suture au fil d'argent dont les extrémités sont abandonnées dans la plaie. Guérison sans accident ; le cal est peu volumineux, et on ne constate guère qu'un élargissement de l'os dans le sens antéro-postérieur.

M.

Zwei Kranke mit geheilter Blasenruptur (Deux cas de fracture du bassin avec déchirures de la vessie, terminées par guérison), par ROSE (*Berlin. klin. Wochens., n° 48, p. 1123, 1^{re} décembre 1890*).

1^{er} Garçon de 7 ans renversé par une voiture. Douleurs abdominales et strangurie ; l'après-midi, nausées et excitations ; le soir, vomissements. Le lendemain, émissions rares de quelques gouttes d'urine sanglante. Le matin du 3^e jour entré à l'hôpital avec tous les signes d'un état typhoïde : signes d'une fracture du bassin. Pas de matité vésicale.

Éthérisation. Cathétérisme péritonéal suivant Theden. Cavité de Retzius distendue par de l'urine purulente. Vessie contractée, déchirée longitudinalement à sa face antérieure et supérieure. Le péritoine, d'un noir grisâtre, incrusté de sels, décollé par l'infiltration urinaire, se portait directement de l'ombilic en arrière, où il offrait un grand trou de 2 pouces de diamètre. La sonde, sortie par la déchirure vésicale, traversait un espace intermédiaire de 1 1/2 pouce rempli d'urine purulente, et son bec, après avoir franchi la déchirure du péritoine, arrivait au milieu des anses d'intestin grêle reliant entre elles une masse d'urine mélangée de flocons et de pus qui, à la première incision, jaillit sous forme de jet recourbé en arc.

A droite et à gauche de la symphyse se voyait une double fracture perpendiculaire de la surface pectinée et de l'arcade pubienne : les 8 fragments, avec le périoste déchiré, baignaient dans l'urine.

Lavages quotidiens de la cavité abdominale avec liqueur de chlorure de zinc et solution de sublimé ; pas de sonde à demeure. 2 gros drains entre les déchirures de la vessie et du péritoine entourés de gaze iodoformée. Aucune suture. Le lendemain matin, l'enfant avait repris sa connaissance, n'avait plus de vomissements ; température, 35°, 7.

Au bout d'une quinzaine, 1^{re} émission spontanée d'urine par l'urètre. Au bout de 10 nouveaux jours, cicatrisation de la plaie ; urines normales ; pas de séquestre. Une seule suite fâcheuse ; des calculs vésicaux : 3 mois après l'accident, Rose en broie un d'au moins 11 millimètres d'épaisseur, et 3 mois plus tard, il en enleva un 2^e de la grosseur d'une cerise qui était arrêté dans la portion ascendante de l'urètre ; cette uréthrotomie externe guérit apyrétiqnement.

2° Homme ayant fait, ivre, une chute de 3 étages : fractures multiples du bassin et déchirure extra-péritonéale de la vessie. Opération le 3^e jour. Déchirure longitudinale de la vessie, visible sur une étendue de 5 pouces et se continuant sur une longueur de 5 centimètres au-dessous du péritoine, intact. A la face antérieure du bassin, même fracture quadruple que chez le jeune garçon; à travers le périoste rompu, les 8 fragments plongeaient dans la cavité de Retzius remplie d'urine.

En arrière, au niveau d'une petite plaie agglutinée, se voyait un épanchement sanguin, qui est remplacé maintenant par un cal volumineux placé en travers du sacrum, lequel était donc aussi fracturé.

J. B.

Recherches expérimentales sur la nature et la pathogénie des atrophies musculaires consécutives aux lésions des articulations, par DUPLAY et CAZIN (*Archives de médecine, janvier 1891*).

Les examens histologiques de membres d'animaux atteints d'amyotrophies consécutives à des arthrites expérimentales ont montré aux auteurs que, conformément à l'opinion généralement admise, ces amyotrophies étaient constituées par une atrophie simple des muscles.

Cette atrophie des muscles ne s'accompagne pas de lésions des troncs nerveux ni de lésions des racines rachidiennes de la moelle. Elle ne peut donc s'expliquer que par une action dynamique, par un simple réflexe dû à l'irritation des filets terminaux des nerfs articulaires. RICHARDIÈRE.

De la luxation des tendons des muscles péroniers latéraux, par BALARD D'HERLINVILLE (*Thèse de Paris, n° 268, 1890*).

L'auteur a observé dans le service de Lannelongue un cas de luxation des péroniers latéraux chez un enfant de 6 ans : voici le procédé opératoire qui fut employé par Lannelongue.

Après incision sur le bord antérieur de la malléole, il la met à nu, et dissèque un lambeau de périoste et du périchondre qu'il rabat en arrière à la façon d'un pli, et suture ce lambeau à la partie antérieure de la gaine. Les tendons sont ramenés en arrière de ce pli. La réduction s'est maintenue.

MAUBRAC.

Mécanisme des luxations sus-acromiales de la clavicule. Leur traitement par la suture osseuse, par POIRIER et RIEFFEL (*Archives de médecine, avril 1891*).

Les luxations de l'extrémité externe de la clavicule au-dessus de l'acromion sont aisées à réduire, mais comptent parmi les plus difficiles à maintenir réduites.

Elles ne guérissent pour ainsi dire jamais sans laisser à leur suite une certaine difformité et une gêne de l'abduction du bras au delà de l'angle droit. Cette gravité du pronostic de ces luxations a engagé les auteurs à pratiquer chez deux malades la suture des deux os déplacés dans des cas de luxation récente et complète de l'extrémité externe de la clavicule au-dessus de l'acromion.

Cette méthode de traitement n'est pas applicable à toutes les luxations de ce genre. On peut cependant y avoir recours dans les luxations récentes, reconnues incurables au bout de 48 heures ou ne restant réduites qu'au prix de vives douleurs.

RICHARDIÈRE.

Old dislocation of the patella, operation, par B. POLLARD (*Lancet*, p. 1203, 30 mai 1891).

Pollard, chez une jeune femme de 21 ans, atteinte d'une luxation ancienne peut-être congénitale de la rotule, réduit cette luxation après avoir sectionné le vaste externe et creusé au ciseau une nouvelle surface articulaire sur le fémur. Le résultat fonctionnel fut très bon. A.-F. PLICQUE.

I. — Operation der irreponiblen Daumenverrenkung (Opération pour luxation irréductible du pouce), par ROSE.

II. — Discussion à la réunion libre des chirurgiens de Berlin (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 46, p. 1071, 17 novembre 1890).

I. — Sur un total de 836 luxations simples et 49 luxations compliquées de plaies, traitées par Rose, de 1867 à 1890, il s'en trouvait, pour le pouce, 21 simples et 9 avec plaie, sur lesquelles seulement 2 invétérées étaient irréductibles.

Homme ayant une luxation du pouce, qu'on avait vainement tenté de réduire à plusieurs reprises. Il s'agissait de la forme en baïonnette, dite vacillante. Le 5^e jour après l'accident, incision sur la face dorsale du membre entre les tendons des extenseurs. La paroi antérieure de la capsule, arrachée transversalement du périoste métacarpien avec ses deux sésamoïdes, pendait en bas raide comme un rideau de fer et masquait la tête déplacée vers l'index. Il s'agissait donc d'une luxation complète de Farabeuf et le rideau rigide formé par la capsule était le seul obstacle à la réduction, qui fut effectuée en écartant le plus possible les deux os et en refoulant ensuite avec vigueur le rideau, directement sur la tête. Malgré la vaste déchirure du périoste à la face dorsale du métacarpien et le gonflement énorme du bras, l'incision, longue de 11 centimètres, se réunit par première intention. Dans le cours de l'opération, Rose n'aperçut ni de tendon fléchisseur, ni de boutonnière capsulaire ou musculaire.

II. — J. Israel a opéré une luxation du pouce, de la variété fixe, en Z, et il a constaté que la paroi antérieure de la capsule arrachée du métacarpien avec un sésamoïde était tendue comme un rideau entre les deux extrémités articulaires. Il avait fait une incision longitudinale sur la face palmaire et dégagé avec un crochet mousse la paroi capsulaire étranglée derrière la tête du métacarpien.

Von Bergmann a dû opérer 3 luxations du pouce afin de reconnaître l'obstacle qui s'opposait à la réduction.

Max Schüller a pu réduire, sans opération, toutes les luxations du pouce qu'il a vues. Dans de nombreuses expériences sur le cadavre, il a trouvé comme règle que l'obstacle à la réduction tenait à l'étranglement de la capsule palmaire entre les surfaces articulaires luxées. La capsule palmaire se déchire en arrière de la tête du métacarpien et est entraînée en haut par la phalange; elle se trouve alors tantôt en avant de la tête, tantôt repliée sur la tête, c'est-à-dire entre les surfaces articulaires. Mais l'étranglement de la capsule peut aussi ne s'effectuer qu'à la suite de tentatives malencontreuses de réduction, consistant à inciser les tissus suivant l'axe du métacarpien. Dans son *Anatomie chirurgicale*, parue en 1885, Schüller a déjà préconisé pour les luxations irréductibles du pouce l'incision sur la face dorsale de la jointure. Il est, comme Rose, d'avis que la réduction n'est indiquée que pour des luxations tout à fait invétérées (*R. S. M.*, VII, 681 et 684; X, 677; XI, 293). J. B.

Des résultats de la résection du genou, par MACON (*Thèse de Paris, n° 231*
1891).

Cette thèse est l'exposé de la pratique de Lucas-Championnière : elle contient la statistique de ce chirurgien, depuis octobre 1883 jusqu'à janvier 1891. La voici résumée :

Cette statistique comprend 48 résections pratiquées sur 47 malades.

De ces résections, 7 ont été pratiquées en 1887, 8 en 1888, 11 en 1889, 9 en 1890; les opérés étaient surtout des adultes; 12 avaient de 20 à 25 ans, 17 de 25 à 30 ans, 7 de 30 à 35 ans. L'affection qui a nécessité l'intervention a été, dans la majorité des cas, l'arthrite fongueuse (45 sur 48 résections).

Les 47 malades opérés ont fourni 42 guérisons, une amputation secondaire de cuisse (guérison), et 4 morts, survenues 3 ans après la résection chez 2 malades, et 4 et 5 mois après la résection chez les 2 autres malades.

Des 42 malades, 33 ont été revus récemment, et 30 ont un résultat très satisfaisant : 2 résultats sont médiocres.

Les 10 autres malades qui n'ont pas été revus depuis un temps variable donnent lieu de croire que tous, à l'exception d'un seul (tuberculose pulmonaire, état général mauvais), sont dans un état satisfaisant.

L'auteur donne l'observation de ces 47 malades.

MAUBRAC.

Observation de double pied plat valgus douloureux traité avec succès par l'opération d'Ogston (résection astragalo-scaphoïdienne), par KIRMISSON (*Bull. Acad. de méd., 24 mars 1891*).

Jeune homme de 25 ans présentant depuis 4 ans les symptômes du pied plat valgus douloureux. Amélioration par les appareils plâtrés et silicatés, pendant deux ou trois mois, et le port de souliers orthopédiques; mais au bout d'un an, à la suite de l'usage de chaussures ordinaires, réapparition des douleurs. On constate alors sur les deux pieds la difformité caractéristique du pied plat valgus douloureux avec forte contracture des muscles de la région jambière antérieure, ce qui rend impossible toute tentative de réduction. L'opération d'Ogston est d'abord appliquée sur le pied droit. Par une incision antéro-postérieure de 5 centimètres environ, faite sur le bord interne du pied, la tête de l'astragale est mise à nu; on sectionne son col, en enlevant une sorte de coin à base tournée en dedans, puis on abaisse la surface articulaire correspondante du scaphoïde, et les deux surfaces osseuses sont réunies à l'aide d'une cheville d'ivoire : sutures de la peau, application d'une gouttière plâtrée et guérison rapide. Huit mois plus tard, on note que le pied a sa forme normale et que le malade marche sans aucune douleur; en avant de la malléole externe on perçoit, à travers la peau, l'extrémité de la cheville d'ivoire.

A cette époque, la même opération fut pratiquée sur l'autre pied, en remplaçant la cheville d'ivoire par un fil d'argent. Même résultat heureux. Persistance de la guérison six mois plus tard et marche sans douleur, bien qu'on constate un très faible degré de valgus du pied gauche et un léger affaissement de la voûte plantaire des deux côtés, que l'électrisation du long péronier fera disparaître.

OZENNE.

De la parotidite à pneumocoques, par A. GALAND (*Thèse de Paris, n° 157, avril 1891*).

La parotidite à pneumocoques est ordinairement simple, mais on peut

cependant voir les deux parotides s'enflammer et suppurer l'une après l'autre ou simultanément : elle suppure presque invariablement. Elle peut compliquer une pneumonie, arriver au déclin de cette affection, ou survenir en dehors de toute affection pulmonaire.

Galand en cite 4 observations, dont voici l'indication : Lancereaux (*Archives de méd.*, 1886), A. Testi (*Riforma medica*, 3 et 4 décembre 1889), Prior (*Muench. med. Wochen.*, 1890, n^{os} 13 et 15), Duplay (*Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 31 janvier 1891).

MAUBRAC.

Luftgeschwulst der Wange... (Tumeur gazeuse de la joue par déchirure du canal de Sténon), par DEICHMUELLER (*Berlin. klin. Wochens.*, n^o 54, p. 1226, 29 décembre 1890, et n^o 2, p. 46, 12 janvier 1891).

Souffleur de verre, âgé de 19 ans; après un travail de soufflage particulièrement pénible, il a remarqué qu'il avait une tumeur à la joue droite qui augmentait à la fin de sa journée de travail et diminuait un peu par le repos. La tumeur est grosse comme la moitié d'une pêche, siège sur la moitié inférieure du masséter, nettement délimitée par les bords antérieur, inférieur et postérieur du muscle, tandis que supérieurement elle reste distante d'un travers de doigt de l'arcade zygomatique. Sonorité à la percussion, pas de crépitation. Elle est située au-dessous de la peau ou de l'aponévrose superficielle de la parotide.

À la face interne de la joue droite, on remarque, gros comme une tête d'épingle, l'orifice béant du conduit de Sténon; le pourtour est tuméfié. Un stylet introduit dedans et suffisamment recourbé en haut et en dehors arrive dans la tumeur.

Ponction qui donne issue à de l'air : injection d'un gramme de teinture d'iode; deux badigeonnages iodés chaque jour. À la suite de ce traitement, la tumeur augmente un peu de volume; trois jours après cette première opération, Deichmüller, se guidant sur une sonde introduite par le canal de Sténon jusque dans la tumeur, fend la peau et l'aponévrose au niveau de la tumeur. Écoulement de liquide clair contenant des bulles de gaz et de pus brunâtre. La cavité s'étendait jusqu'en arrière de l'angle maxillaire, où Deichmüller fit une contre-ouverture pour pouvoir passer un drain. Guérison.

Depuis plusieurs années que Deichmüller est le médecin de verreries, il n'avait pas constaté d'accident de ce genre. Le seul exemple antérieur est celui que Tillaux a publié dans son *Traité d'anatomie topographique*.

J. B.

I. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes secondaires de l'ombilic, par Victor NEVEU (*Thèse de Paris*, n^o 50, 1890).

II. — Remarques sur le cancer de l'ombilic, par ATTIMONT (*Broch. Nantes*, 1890).

I. — Le cancer secondaire ombilical ou adombilical est la conséquence d'une tumeur cancéreuse de l'abdomen (péritoine ou viscères).

Avant son apparition à l'extérieur, ce cancer secondaire a été précédé d'un envahissement, par le néoplasme, du tissu cellulaire sous-péritonéal, tantôt en un point limité sous la forme d'un bouton peu volumineux, tantôt sous la forme de larges plaques indurées. Tous les intermédiaires sont possibles.

La formation de ces cancers sous-péritonéaux est due aux altérations néoplasiques des vaisseaux lymphatiques. Le cancer envahit le tissu cellulaire sous-péritonéal et se fait jour par l'ombilic ou par les interstices

de la ligne blanche. Il peut alors envahir facilement la peau et envahir les lymphatiques superficiels, les ganglions inguinaux.

Le sarcome de l'ombilic peut succéder par le même mécanisme à un sarcome intra-abdominal.

Les néoplasmes de la cavité thoracique peuvent de même donner lieu à des tumeurs préthoraciques.

C. WALTHER.

II. — Après avoir établi que le carcinome primitif de l'ombilic reste douteux, Attimont rappelle les observations assez nombreuses de cancers secondaires, les uns marchant de la cavité abdominale vers la paroi, et les autres occupant cette paroi elle-même, comme le cancer colloïde, dont les symptômes sont particuliers, ou le cancer sous-péritonéal. De cette dernière variété l'auteur fait l'histoire clinique, en montrant la situation toujours identique, vers le plan médian, des tumeurs en question et leur développement accompagnant toujours un cancer des séreuses.

OZENNE.

Œsophagotomy for removal of a tooth plate impacted in the œsophagus..., par Willoughby FURNES (*Lancet*, p. 979, 2 mai 1891).

Cette observation d'œsophagotomie offre comme particularité la très longue durée du séjour du corps étranger, un appareil dentaire formé d'une plaque métallique avec trois dents. Cet appareil avait été avalé cinq ans et neuf mois avant l'opération. Pendant les vingt-quatre premières heures qui suivent l'œsophagotomie, Willoughby Furnes conseille d'alimenter uniquement les opérés par la voie rectale au moyen de lavements nutritifs. A.-F. PLICQUE.

I. — **Diverticulum of œsophagus causing obstruction. Gastrostomy**, par WHITEHEAD (*Lancet*, p. 11, 3 janvier 1891).

II. — **Three cases of stricture of the œsophagus treated by gastrostomy**, par D. NEWMAN (*Glasgow med. journ.*, mars 1891).

III. — **Zur chirurgischen Behandlung der narbigen Pylorusstenose**, par A. KOEHLER (*Berlin. klin. Woch.*, n° 38, p. 876, 22 septembre 1890).

IV. — **Stricture of the pylorus...** (Rétrécissement cicatriciel du pylore; opération de Loreta, etc.), par Hale WHITE et Arbuthnot LANE (*Brit. med. j.*, p. 409, 21 février 1891).

V. — **Discussion de la réunion libre des chirurgiens de Berlin sur le procédé de gastrostomie de Hahn** (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 10, p. 237, 9 mars 1891).

VI. — **Gastro-jejunostomy**, par W. H. BROWN (*Brit. med. j.*, p. 936, 2 mai 1891).

VII. — **Gastro-enterostomy**, par Kilner CLARKE (*Brit. med. j.*, p. 798, 11 avril 1891).

I. — La malade survécut six ans à une gastrostomie faite pour une occlusion œsophagienne de cause obscure. Après avoir été obligée pendant deux ans de s'alimenter par sa fistule stomacale, la malade, dans les quatre dernières années de sa vie, avait recouvré une déglutition difficile, mais permettant l'alimentation par la bouche.

Quand elle mourut, on trouva à l'autopsie un diverticulum formant une poche de 6 centimètres de long sur 4 de large, située en arrière de l'œsophage. Cette poche était à demi-pleine d'aliments. A.-F. PLICQUE.

II. — 1° Homme de 68 ans, depuis cinq semaines, dysphagie surtout pour les aliments chauds. Emaciation. La bougie n° 10 peut seule passer; l'obstacle est à la terminaison de l'œsophage. Gastrostomie le 27 octobre; dès le 1^{er} no-

vembre, on injecte un peu de lait; à partir du 7, nourriture plus substantielle; dès le 5, il peut se lever. Le 10 janvier, exeat. Bien portant et très engraisé;

2^e Homme de 50 ans. Dysphagie croissante depuis deux mois, obstacle infranchissable à 8 pouces et demi des arcades dentaires, poulx très lent, anémie profonde, faiblesse grande. Alimentation rectale pendant quelques jours puis gastrostomie; on fait la simple incision de l'abdomen, puis l'on s'arrête par crainte d'une syncope; 29 jours plus tard, après quatre piqûres à la cocaïne, on fixe et on ouvre l'estomac. Amélioration rapide et exeat le 15 janvier.

3^e Homme de 66 ans. Toux incessante et expectoration depuis six mois; trois mois après, dysphagie croissante. L'obstacle siège au niveau de la bifurcation de la trachée, à 14 pouces des arcades dentaires. Gastrostomie. Bon état pendant 24 heures; puis toux après chaque ingurgitation de liquide; il y avait perforation de la trachée que l'autopsie vint confirmer 24 heures plus tard, perforation admettant le doigt et faisant communiquer l'œsophage et la trachée. Sauf dans ce dernier cas, l'opération fut toujours faite en deux temps.

P. DUFLOQC.

III. — 1^e Fille de 16 ans, ayant avalé dans son enfance un liniment. En octobre 1889 seulement apparaissent des douleurs d'estomac, des vomissements, de l'émaciation. Les lavages stomacaux et les lavements alimentaires s'étant montrés inefficaces, opération le 4 février 1890. Opération par Bardeleben. Incision de 7 centimètres sur la ligne blanche, à partir de l'appendice xyphoïde. Le pylore, facilement attiré, fut incisé; l'incision pylorique ayant été faite verticalement fut suturée. L'opération dura trois quarts d'heure. Le pansement fut laissé huit jours, il y eut réunion par première intention. Durant les deux premiers jours, lavements alimentaires, puis lait glacé, bouillon, etc. Le 12 juin, à la suite d'ingestion clandestine d'une saucisse, vomissements qui se reproduisirent dès lors plusieurs fois. L'amélioration ne fut que très lente. Quatre heures après les repas on appliquait la pompe stomacale pour empêcher la stagnation du contenu stomacal.

2^e Fille de 31 ans, ayant avalé une grande quantité d'acide sulfurique. Opération le quinzième jour. Le pylore était soudé à une anse d'intestin grêle. Les efforts pour dilater le rétrécissement pylorique à l'aide du doigt et de la sonde introduite dans la plaie gastrique échouèrent. On parvint à franchir le rétrécissement par une incision faite au duodénum. Fermeture de la plaie gastrique. Mise en position verticale de la plaie pylorique. Durée de l'opération deux heures et demi. Le lendemain matin, après des alternatives de sommeil et d'agitation, mort dans le collapsus.

D'après Koehler, en cas de rétrécissement simple ou cicatriciel du pylore, avec intégrité des organes voisins, et absence d'adhérences, la seule opération indiquée est celle de Heineke et de Mikulicz, moins laborieuse et moins longue que les autres. La divulsion digitale expose à des déchirures de la muqueuse et devrait être réservée pour les rétrécissements par hypertrophie.

On compte jusqu'ici 16 pyloroplasties avec 4 morts, dont aucune n'est imputable à l'opération.

J. B.

IV. — Homme de 43 ans, ayant avalé par mégarde de l'acide chlorhydrique; gastrite suraiguë, puis amélioration; mais un mois après, hématomèse et signes d'intolérance gastrique. On constate une dilatation de l'estomac; amélioration momentanée par le lavage, mais affaiblissement et cachexie progressive, laissant douter de la présence d'un cancer ou d'un ulcère simple de l'estomac. Opération: on arrive sur une tumeur dure formée par le pylore devenu fibreux. Suture à la paroi abdominale, et quarante-huit heures après

ouverture de l'estomac, pour dilater progressivement le pylore avec des sondes. Mort subite soixante-six heures après cette seconde opération.

Dans la discussion qui suivit ce cas, on fit observer que la méthode de dilatation du pylore, en pareil cas, ne donne que des résultats insuffisants, la tendance à la rétraction se reproduisant fatalement au bout de quelques semaines de guérison apparente.

H. R.

V. — Bode, qui a assisté Hahn dans ses 14 gastrostomies faites suivant le nouveau procédé (*R. S. M.*, XXXVI, 638), déclare que deux fois seulement il a éprouvé quelque difficulté à attirer l'estomac dans l'espace intercostal. En dehors de la forme et de la situation de l'estomac ainsi que de la tumeur qui rétrécit l'œsophage, les difficultés tiennent surtout à la configuration du thorax. Elles sont les plus grandes chez les malades qui ont une poitrine en tonneau, des arcs costaux fortement déjetés, un ventre en bateau et un estomac petit et rétracté; quand la différence du niveau du thorax et de l'abdomen est peu accusée, l'opération n'est pas difficile.

Von Bergmann a pratiqué la gastrostomie selon le procédé de Hahn, mais il y a renoncé, n'en voyant pas les avantages. En effet, pour éviter les difficultés de l'alimentation, il suffit d'opérer en deux temps et de ne faire qu'une petite ouverture à l'estomac, suturé à la paroi abdominale, deux ou trois jours auparavant. Cette petite ouverture est fermée à volonté par un double anneau en caoutchouc qu'on insuffle.

Hadra présente les pièces d'autopsie d'une gastrostomie effectuée suivant le procédé de Hahn. Le malade a survécu sept mois; durant six mois, sa santé a été satisfaisante et son poids avait augmenté de 15 livres. Il s'alimentait lui-même exclusivement par le drain de la fistule stomacale. Peu à peu il fallut introduire des drains de plus en plus volumineux pour obturer la fistule, et même, dans les dernières semaines, celle-ci laissait échapper une petite quantité d'aliments. On ne réussit pas non plus à franchir le rétrécissement œsophagien de bas en haut. Quinze jours avant la mort, la fistule donna passage à deux fragments de côtes nécrosées ayant les dimensions de pièces de 10 pfennigs. A l'autopsie, les huitième et neuvième côtes offraient en outre de la solution de continuité due aux séquestres, une étendue de plusieurs centimètres en dehors et en dedans, où elles étaient noirâtres, dénudées de leur périoste, rugueuses et nécrosées. La fistule gastrique se trouvait au milieu de la grande courbure. C'est évidemment à la nécrose costale qu'est dû le fonctionnement défectueux de la fistule dans les derniers temps. Hacker a également cité deux cas de nécrose des côtes chez des malades ayant subi l'opération de Hahn.

J. B.

VI. — Femme de 56 ans, atteinte de dyspepsie douloureuse et de vomissements incoercibles : on sentait une tuméfaction en forme de boudin à droite de l'ombilic.

Laparotomie sur la ligne médiane : on arrive sur la tumeur qui envahit le pylore et la première partie du duodénum. Une anse du jejunum est saisie et ouverte; puis une seconde ouverture est faite dans la paroi antérieure de l'estomac, et les plaques de Senn sont introduites. Suites de l'opération régulières : les douleurs disparaissent et l'alimentation se fait normalement. La malade vivait sans infirmité quatre mois après l'opération.

H. R.

VII. — Femme de 36 ans, atteinte de vomissements incoercibles et d'hématémèse, et portant une tumeur pylorique manifeste, mobile.

Opération le 13 mai 1890. Incision médiane jusqu'à l'ombilic, de façon à mettre en évidence la grande courbure de l'estomac et l'épiploon. La tumeur pylorique fut trouvée adhérente à tous les viscères circonvoisins, ce qui rendait la pylorectomie impossible. L'auteur pratiqua la gastro-entérostomie. Après avoir isolé une anse du jejunum cachée derrière l'épiploon, il incise la paroi intestinale et la paroi antérieure de l'estomac, et passe dans cette dernière incision une plaque d'or décalcifiée: la seconde plaque parallèle est introduite dans l'incision du jejunum. Mais il est impossible de juxtaposer les deux plaques, en raison des adhérences pyloriques et de la contraction de l'estomac; il est nécessaire de suturer la plaie gastrique et d'en faire une autre à la paroi postérieure de l'estomac; cette fois l'affrontement se fait aisément.

Etat satisfaisant pendant trois semaines; puis brusquement la fistule gastro-intestinale parut se fermer et des vomissements incoercibles survinrent jusqu'à la mort de la malade.

L'auteur croit que ses incisions n'avaient pas été assez larges, et qu'il aurait fallu préalablement sectionner la muqueuse et la séreuse au niveau des bords libres de l'incision. Malheureusement il n'y eut pas d'autopsie.

H. R.

I. — Cholécystite calculuse. Cholécystectomie. Guérison en un mois. Cathétérisme des voies biliaires, par TERRIER (*Bull. Acad. de méd.*, 16 juin 1891).

II. — Cholécystite et péricholécystite calculuse. Cholécystotomie. Mort, par TERRIER (*Ibidem*, 16 juin 1891).

III. — A case of cholecystenterostomy, par Mayo ROBSON (*Medico-chir. Trans.*, LXXIII, p. 61).

I. — Femme de 45 ans, souffrant dans l'hypochondre gauche depuis 17 ans. En novembre 1890, vives douleurs dans l'hypochondre droit avec fièvre, constipation et tuméfaction de la région. Pas d'ictère. Cinq mois après cette crise on note sous le rebord costal droit une tumeur dure, inégale, arrondie, peu sensible et suivant les mouvements respiratoires. Pas de matité absolue, pas de ballonnement; dilatation stomacale. Laparotomie médiane: la vésicule biliaire se présente sous l'aspect d'une masse dure, lobulée, adhérente au duodénum et non isolée du foie. Pendant les tentatives d'isolement de l'organe, déchirure de sa paroi et issue d'un liquide clair, filant et contenant des stries d'apparence puriforme; agrandissement de l'ouverture, extraction de deux calculs, dont le second, reconnu par le cathétérisme et situé au niveau de la première courbure du col, ne peut être enlevé qu'après débridement d'un orifice situé sur la paroi inférieure. Cette extraction faite, une autre pierre, encore sentie au niveau du col, n'ayant pu être enlevée, on pratique après l'isolement de la vésicule une incision sur le col, dont on extrait le corps étranger; et le cathétérisme du canal cystique ayant révélé l'oblitération de ce conduit dilaté au niveau de son abouchement au cholédoque, une ligature à la soie est posée sur le col et la vésicule est enlevée. Cautérisation au thermocautère de la section du canal cystique et du tissu cellulaire. Ligature des vaisseaux, drainage, sutures abdominales. Pas d'accidents ultérieurs, sauf de l'ictère. Guérison en un mois. OZENNE.

II. — Homme de 42 ans. En 1885, premier accès fébrile, accompagné de vives douleurs abdominales et d'un léger ictère qui disparaît en six semaines: Depuis cette époque, tous les deux mois environ douleurs abdominales, siégeant plutôt à droite qu'à gauche, et développement d'une tuméfaction à droite de l'ombilic. A l'examen direct on constate, dans le flanc droit, une

tuméfaction semblant faire corps avec la face profonde de la paroi, remontant en haut jusqu'à l'hypochondre droit et empiétant sur la région ombilicale. Cette tuméfaction, mal circonscrite, peu sensible à la pression, imperceptible dans la fosse lombaire, offre de la submatité séparée par une zone sonore de la matité hépatique et présente une sorte de pédicule dur, douloureux, remontant jusque sous la face inférieure du foie. État général bon. Laparotomie médiane sus- et sous-ombilicale : adhérences épiploïques et de l'angle du côlon à la paroi abdominale, libération de l'épiploon et de l'intestin après ligatures nécessaires, découverte du lobe droit du foie, au-dessous duquel on trouve la vésicule sous forme de masse fibreuse, adhérente de tous côtés et contenant un calcul. Incision de la vésicule et extraction du calcul (2 grammes); l'ablation de l'organe et sa suture à la paroi étant impossibles, drainage et suture abdominale. Mort quatre jours après l'opération. A l'autopsie on constate que la vésicule est partagée en deux loges, dont la profonde renferme encore deux calculs, et qu'il y a des lésions de péritonite entre le foie et le diaphragme.

OZENNE.

III. — Femme de 42 ans, déjà opérée pour un pyosalpinx l'année précédente. Au bout de quelques mois d'une parfaite santé, elle commence à souffrir de la région du foie et constate la présence d'une tumeur de l'hypochondre droit, douloureuse à la pression. Bientôt des signes de péritonite, puis de jaunisse, se déclarent et l'état devient assez grave pour nécessiter une opération d'urgence. Une incision permet d'arriver sur une poche kystique à parois épaisses, pleine de pus fétide, et qui n'est autre chose que la vésicule biliaire. Pas de calcul. Suture de la vésicule à la peau, drainage et pansement antiseptique. Pendant les premières vingt-quatre heures, le liquide s'écoule clair et muqueux, sans bile : celle-ci apparaît le troisième jour et persiste sous forme de fistule biliaire; la jaunisse disparaît, mais les garde-robes restent décolorées.

Cette fistule biliaire totale constituait une infirmité tellement pénible, que Robson résolut de tenter une opération de cholécystentérostomie. En conséquence, trois mois après la première opération, il rouvrit l'abdomen par la même incision et disséqua soigneusement la vésicule biliaire, atrophiée et rétractée sur elle-même. Mais les adhérences intestinales étaient telles, qu'il fut impossible d'isoler le jejunum ou le duodénum : on dut établir l'anostomose avec le côlon au niveau de son angle de flexion hépatique. Affrontement de la fistule, suture intestino-cystique, drainage de la poche sous-hépatique.

Le lendemain de l'opération, issue de la bile par le pansement, indiquant une rupture des sutures de la vésicule. Deux jours plus tard, apparition de la bile simultanément par la plaie et dans les matières intestinales. Pendant quinze jours, décharge simultanée de la bile par les deux voies, finalement guérison de la plaie et fermeture de la fistule. Retour complet de la santé.

H. R.

De l'épithéliome-primitif de la vésicule biliaire, par MORIN (*Thèse de Paris, n° 181, avril 1891*).

Toutes les variétés de cancers développés primitivement dans la vésicule biliaire sont des néoplasies épithéliales. L'épithéliome prend naissance tantôt aux dépens de l'épithélium de revêtement, tantôt aux dépens de l'épithélium glandulaire de la vésicule biliaire.

Cette différence originelle amène des variétés anatomo-pathologiques et cliniques correspondantes. L'épithéliome, développé aux dépens de l'épithélium de revêtement, se propage rapidement au foie. Il n'y a ni

ictère, ni ascite au début. Sa symptomatologie rappelle celle du cancer primitif massif du foie.

Dans l'épithéliome dû à la prolifération désordonnée des éléments cellulaires glandulaires, la lésion est profonde, pariétale, se fait sur place. La compression rapide des canaux biliaires amène tous les signes d'un ictère par rétention. Le cancer de la vésicule s'accompagne presque toujours de lithiasé biliaire.

MAUBRAC.

- I. — Surgical anatomy of appendix vermiformis, par John FERGUSON (de Toronto) (*Americ. journ. of med. sc.*, janvier 1891).
- II. — Case of recurrent typhlitis; removal of the diseased vermiform appendix, par T. Pridgin TEALE (*Brit. med. journ.*, p. 110, janvier 1891).
- III. — Case of relapsing typhlitis successfully cured by operation, par G. HUME (*Ibidem*, p. 803, 11 avril 1891).
- IV. — Recurrent appendicitis; removal of the appendix, par Alex. NAPIER et MAYLARD (*Ibidem*, p. 1022, 9 mai 1891).
- V. — A case of removal of suppurating vermiform appendix, par W. ALLINGHAM (*Ibidem*, p. 409, 21 février 1891).
- VI. — Four cases of excision of vermiform appendix, par J. Bland SUTTON (*Ibidem*, p. 409).
- VII. — Two cases of typhlitic abscesses..., par Andrew CLARKE (*Ibidem*, p. 410).
- VIII. — Removal of the vermiform appendix. Discussion à la Société clinique de Londres (*Ibidem*, p. 523, 7 mars 1891).
- IX. — Ueber die Folgen... (Suites de la perforation de l'appendice, son traitement), par A. FRAENKEL (*Berl. kl. Woch.*, n° 11, p. 293, 16 mars 1891).
- X. — Discussion à la Société de médecine interne de Berlin (*Ibidem*, p. 294-446 et 447, 4 mai 1891).

I. — Ferguson a disséqué sur 200 sujets la région cœcale, 123 fois il a trouvé l'appendice vermiforme muni d'un mésentère spécial, et placé de telle façon qu'une perforation de ses parois se serait ouverte directement dans la cavité péritonéale. Dans les 77 autres cas le péritoine passait simplement au-devant de l'appendice, et une perforation de cet organe aurait amené un phlegmon sous-péritonéal. 7 fois l'auteur, dans ses recherches, constata la présence de cicatrices anciennes de perforations antérieures; 15 fois il rencontra des corps étrangers intra-appendiculaires.

H. R.

II. — Observation de typhlite à répétition, ayant présenté quatre rechutes depuis le mois de mars jusqu'au mois d'octobre : tumeur dure, perceptible dans la fosse iliaque droite, compliquée de tympanite et de gêne dans les fonctions intestinales; cachexie progressive.

Incision de 4 pouces de long directement sur la tumeur d'après les préceptes tracés par Treves (*Brit. med. Jour.*, nov. 1889). La tumeur est

constituée par de l'épiploon intimement adhérent à des anses intestinales et formant une masse dure. Après une dissection attentive, l'appendice vermiciforme est mis à découvert, lié et excisé. Lavage à l'eau bouillie, drainage, suture péritonéale d'abord, puis musculo-cutanée. Guérison rapide en cinq semaines. Deux jours après l'opération, le drain avait été enlevé. H. R.

III. — Homme de 27 ans, tamponné par un wagon qui le jette à terre : dans sa chute, l'abdomen heurté violemment le bord d'un rail : vomissements et signes immédiats de péritonite, puis atténuation du mal, avec persistance de douleurs dans la fosse iliaque droite ; constipation et rétention d'urine. On constate, à l'examen du ventre une induration circonscrite occupant le flanc droit, douloureuse et enflammée. Incision le long du bord externe du droit abdominal : on tombe sur de l'épiploon adhérent, au-dessous duquel se voit le cæcum, une anse intestinale et le fond de la vessie reliés par des adhérences fibreuses. L'appendice iléo-cæcal est redressé, distendu par du liquide et intimement uni au cæcum dans une position vicieuse. Résection et ligature de l'appendice ; guérison. H. R.

IV. — Jeune homme de 21 ans, atteint, en dix mois, de quatre attaques graves de péritonite appendiculaire, deux fois avec menaces de péritonite généralisée. Maylard fit la résection de l'appendice, qu'il trouva distendu par du liquide et profondément adhérent aux anses intestinales voisines. Depuis un an, guérison complète et santé parfaite.

Mac Ewen insiste sur la nécessité d'opérer dans une typhlite à répétition, sans attendre l'éclosion des phénomènes graves : il cite un cas de péritonite généralisée moins de douze heures après l'apparition des premiers accidents ; dans ce cas l'opération fut suivie de choc mortel, parce que le péritoine était déjà enflammé.

V. — Garçon de 15 ans, symptômes obscurs de péritonite consécutifs à une chute ; bien que la région cæcale ne fût ni tendue ni spécialement douloureuse, *Allingham* fait une incision médiane exploratrice et tombe sur un abcès en communication avec l'appendice ulcéré. Lavage, ligature et excision de l'appendice. Guérison.

VI. — *Sutton* rapporte quatre faits de guérison de typhlite à répétition avec incision et ablation de l'appendice, tous suivis de guérison. Dans le second fait, l'appendice fut trouvé rétréci, et au-dessous du rétrécissement il était rempli de pus.

Le troisième malade avait été considéré comme atteint de colique rénale ; il avait en réalité un abcès rétro-cæcal consécutif à l'inflammation de l'appendice devenu vertical. L'opération montra, en effet, une ulcération de l'appendice, qui semblait d'apparence tuberculeuse ; mais on ne trouva pas de bacilles et le malade guérit.

VII. — Deux faits analogues d'*Andrew Clarke*. Dans le premier, l'opération, faite en pleine péritonite, amena du soulagement, mais n'empêcha pas la mort. Le second concerne une typhlite à répétition pour la troisième fois : l'appendice fut trouvé ulcéré ; réséqué et lié ; il y eut guérison.

Dans la discussion qui suivit cette communication, *Treves* s'éleva contre la tendance à l'opération immédiate que l'on pratique dans tous les cas douteux de typhlite. La maladie guérit dans un grand nombre de cas par les moyens médicaux ; l'opération est laborieuse, souvent dangereuse et inefficace. Il pense que dans les cas ordinaires on ne doit pas intervenir avant le 4^e ou le 5^e jour, époque où la collection péricæcale commence à se circonscrire. Encore, en pareil cas, vaut-il mieux se borner à l'incision et au drainage, que d'aller rechercher profondément l'appendice qui est masqué presque toujours par des exsudats et des

adhérences. Coupland soutient la thèse exactement contraire et se prononce en faveur de l'intervention immédiate.

H. R.

VIII. — *Langton* ne croit pas que tous les cas de typhlite et d'appendicite doivent être opérés : il pense que l'opération s'impose :

a) Dans les cas où se montrent des symptômes de perforation avec péritonite généralisée ; b) dans les cas d'appendicite à répétition avec élévation de température, car la fièvre est en pareil cas l'indice d'une suppuration menaçante ou déjà constituée. Mieux vaut, en général, attendre que la collection soit formée et enkystée par des adhérences ; l'opération est alors simple et le drainage inoffensif.

Gould distingue trois variétés : a) suppurations locales limitées par des adhérences et consécutives à une perforation de l'appendice ; b) perforation sans adhérence et suivie de péritonite généralisée ; c) typhlite à répétition, sans tendance marquée vers la suppuration. Les cas les plus favorables au point de vue opératoire sont ceux de la première catégorie : une petite incision locale suffit : il faut bien se garder d'inciser d'abord sur la ligne médiane pour rechercher ensuite l'abcès, comme l'a conseillé *Sutton*.

Il est opposé à la résection de l'appendice. L'ouverture et le drainage de la cavité suffisent : s'il y a perforation, elle s'oblitére ; s'il y a gangrène, l'eschare s'élimine ; la recherche de l'appendice malade est plus préjudiciable qu'utile.

Dans la seconde catégorie, l'indication est absolue : ouvrir largement l'abdomen et laver le péritoine, ce qui n'empêche pas de faire une autre incision au niveau de la région de l'appendice pour favoriser l'élimination des eschares et des matières fécales.

Pour les typhlites à répétition, l'expectation et le repos sont la meilleure pratique : il faut attendre, pour intervenir, que des signes de suppuration se soient manifestés.

Fowler s'appuie sur les statistiques médicales pour recommander la non-intervention trop prompte. Dans le registre de l'hôpital de Middlesex, 85 cas de typhlite et de pérityphlite sont relevés depuis dix ans : 84 ont guéri. Dans cette même période, 14 ont succombé avec des perforations de l'appendice, et souvent le diagnostic avait été méconnu. C'est une difficulté réelle pour préciser l'indication opératoire.

Relativement à cette dernière, *Fowler* est d'accord avec *Gould* : il pense qu'au bout de cinq jours de fièvre, malgré un traitement médical rationnel, il faut songer à la probabilité d'une suppuration, et par suite à l'opération.

La grande majorité des médecins anglais est donc d'avis : 1° qu'il faut opérer toujours quand la suppuration est démontrée, mais ne pas opérer trop tôt ; 2° qu'il vaut mieux laisser en place l'appendice vermineux que de le réséquer.

H. R.

IX. — 1° *Fondeur* en caractères d'imprimerie, âgé de 62 ans, ayant des coliques sans fièvre ni sensibilité dans la fosse iliaque droite ; développement progressif d'une rénitence dans la moitié gauche de l'abdomen, puis fièvre et suppuration. Ponction exploratrice qui donne du pus fécaloïde. Opération, qui évacue de la profondeur du bassin un abcès contenant un demi-litre de pus mêlé de matières fécales. Ultérieurement, la plaie opératoire donne issue à des matières fécales. Guérison.

2° Homme robuste de 42 ans, sans autre maladie antérieure qu'une fièvre

typhoïde en 1883. Après un dîner lourd, il est pris dans la nuit de violents vomissements et de selles ; le matin 39°, douleurs abdominales. On crut d'abord à une fièvre typhoïde. Le 18^e jour de la maladie, frissons erratiques ; près de 40° de température ; sensibilité à droite de l'épigastre, augmentation de la matité hépatique. On pensa à un abcès du foie, et Kôrte fit la laparotomie. La ponction hépatique ne donna pas de pus, et le foie fut maintenu dans la plaie abdominale. Frissons et mort quelques jours plus tard. A l'autopsie, péritonite par perforation de l'appendice vermiculaire, mais sans épanchement. Intestins agglutinés dans la région iliaque droite ; au milieu d'eux se voyait l'appendice détruit. Il en partait des traînées de pus dans le tissu cellulaire placé derrière le péritoine du colon ascendant et dans le mésentère ; les ganglions mésentériques et rétropéritonéaux étaient abcédés. Donc ici le diagnostic n'était pas possible, et l'eût-il été, que cela n'eût servi de rien. Il est évident que la perforation de l'appendice était ancienne ainsi que la soudure des intestins, et que les vomissements avaient réveillé l'inflammation.

3^e Un homme de 29 ans est admis avec les symptômes d'une perforation de l'appendice vermiforme compliquée d'épanchement dans la fosse iliaque droite. Il était malade depuis une quinzaine et avait été traité par la glace et l'opium. Fièvre assez vive. Un jour, apparition de matité thoracique remontant jusqu'à l'omoplate et de souffle. Quelques jours plus tard, disparition de

tumeur iliaque et modification des signes thoraciques : la matité disparaît à la base et remonte jusqu'à l'épine scapulaire. On diagnostique un abcès rétropéritonéal sous-diaphragmatique. Une ponction exploratrice dans le deuxième espace intercostal fournit du pus fécaloïde. Opération ; extraction d'un coprolithe. Néanmoins le pus perce le diaphragme, produisant un empyème putride, après l'opération duquel le malade guérit.

Fränkel estime que la collection du pus manque dans la plupart des cas de péritonite par perforation ; aussi le traitement de cette affection doit-il rester d'abord entre les mains des médecins, d'autant que l'expectation fournit de nombreux succès. En tout cas, la proposition d'intervenir de bonne heure et d'enlever le coprolithe et l'appendice serait impraticable dans beaucoup de circonstances. L'appendice est, en général, tellement englobé qu'on ne peut l'extirper sans provoquer des tiraillements considérables ou l'issue des matières dans la cavité abdominale. Aussi le traitement médical est-il ordinairement non seulement plus sûr, mais aussi moins dangereux.

X. — Salzwedel a vu un cas de pérityphlite avec rupture dans les voies respiratoires, expectoration fécaloïde et guérison parfaite.

P. Guttmann rappelle qu'un grand nombre de pérityphlites guérissent spontanément. Sur les 96 cas traités à l'hôpital de Moabit depuis 1879, 5 seulement se sont terminés fatalement. Toutes les perforations de l'appendice ne s'accompagnent pas nécessairement de pus : chez les phthisiques en particulier la rupture d'une ulcération tuberculeuse peut produire celle de l'appendice sans trace de pus.

Leyden estime que l'intervention chirurgicale doit se concentrer sur les foyers considérables, sur les péritonites diffuses et sur les formes récidivantes auxquelles les malades finissent toujours par succomber.

Fürbringer a traité depuis quatre ans à l'hôpital de Friedrichshain, 120 cas de pérityphlite fébrile avec 78 0/0 de guérisons, 120/0 d'améliorations et 10 0/0 de morts ; aussi est-il d'avis qu'il n'y a pas lieu d'abandonner exclusivement aux chirurgiens le traitement de cette affection. Fürbringer ne partage plus l'opinion de Sonnenburg, que plus la maladie a un début bruyant et plus l'exsudat est petit, plus on est sûr de l'existence d'une perforation de l'appendice avec suppuration. L'an dernier,

Fürbringer a soigné un jeune homme de 17 ans un peu obèse qui avait un peu de constipation et de fièvre. Celle-ci augmente ; il survient des frissons, du météorisme et un épanchement dans la fosse iliaque. Deux jours plus tard, amélioration avec apyrexie ; puis mort subite au milieu des phénomènes d'une embolie de l'artère pulmonaire. A l'autopsie, l'exsudat était résorbé et l'appendice offrait une perforation grosse comme une prune et déjà oblitérée par des adhérences. Fürbringer est partisan de la ponction diagnostique qu'il croit inoffensive. En revanche, s'il faut intervenir, il préconise l'incision de préférence à la ponction.

D'après Ewald, dans beaucoup de cas où il y a rétention de fèces, l'estomac est déjà rempli de matières avant qu'apparaissent les vomissements fécaloïdes. Il faut alors se hâter de pratiquer deux ou trois lavages quotidiens de l'estomac, afin de prévenir les phénomènes de paralysie intestinale et d'intoxication par résorption des matières ; il a guéri plusieurs pérityphlites de cette façon.

Oppenheimer a traité une femme qui au 7^e mois de sa grossesse fut prise de vomissements bilieux, de fièvre irrégulière, de gonflement de la rate sans épanchement appréciable dans la fosse iliaque et avec peu de sensibilité du ventre. Trois jours plus tard elle accoucha prématurément d'un enfant vivant. La fièvre persista. Peu à peu apparut dans le flanc droit une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant qu'on rapporta au rein. Mort quelques jours plus tard. A l'autopsie, abcès partant de l'appendice vermiciforme et s'étant rompu en arrière du cæcum, il longeait la face postérieure du rein et était recouvert par le côlon ; de là le pus s'était frayé une route entre les deux feuillets du mésentère et avait gagné tous les ganglions rétropéritonéaux ; abcès métastatiques dans la rate et le foie.

Sonnenburg admet que sur 100 cas de pérityphlite, il peut s'en trouver 90 à épanchement séro-fibrineux susceptible de résorption, 10 à épanchement purulent réclamant l'intervention chirurgicale : en dix mois il a opéré à l'hôpital Moabit 15 cas de cette dernière catégorie.

Renvers a plusieurs fois obtenu du pus en ponctionnant de petits épanchements qui se sont néanmoins résorbés dans l'espace de quelques semaines. Le diagnostic de la nature de l'affection est difficile. Il est dans la fosse iliaque, de simples coprostases débutant bruyamment, tandis que des épanchements purulents donnent à peine lieu à des symptômes extérieurs.

J. B.

I. — Ueber die nach Lösung incarcerirter Hernien... (Sur les troubles pulmonaires survenant à la suite de la réduction des hernies étranglées), par LESSHAFFT (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol.*, CXXIII, 2).

II. — Observations de hernies étranglées. Entérectomie et entérorraphie, par DAYOT fils (*Archives de médecine*, février et mars 1891).

I. — Sur 129 cas de hernies étranglées consignés à l'Institut pathologique de Berlin, Lesshaft compte 30 cas où il n'y eut pas d'intervention chirurgicale et 99 autres qui subirent l'opération. C'est sur un petit nombre seulement des sujets opérés qu'on trouva une pneumonie à l'autopsie. Comme ces personnes avaient eu de fréquents vomissements il admet que la pneumonie s'est produite à la suite de l'aspiration des

matières rendues, à moins qu'il n'y ait eu des complications du côté du péritoine ou des affections pulmonaires antérieures. La pneumonie est d'autant plus fréquente que le segment intestinal présente plus de signes de stase veineuse et d'infiltration hémorragique, même lorsqu'on était obligé d'enlever la portion gangrenée de l'intestin, on a trouvé une pneumonie à l'autopsie.

En provoquant des hernies étranglées sur un chien qui avait vomé les matières alimentaires contenues dans son tube digestif, il a constaté, à l'autopsie, toutes les lésions caractéristiques de la pneumonie.

En opérant de la même façon un chien à jeun depuis deux jours ou des lapins, il n'a pas vu de pneumonie se produire à la suite de la hernie étranglée.

Il conclut de ces faits que la pneumonie reconnaît pour cause dans les cas de hernies étranglées, la pénétration par aspiration des matières vomies dans les voies respiratoires. ÉD. RETTERER.

II. — Dayot conclut, de son travail, que les grosses hernies ombilicales sont justiciables de la kélotomie et de la cure radicale comme les autres hernies.

Les accidents des grosses hernies ou pseudo-étranglements de Malgaigne attribués à de la péritonite herniaire sont dus à une occlusion intestinale herniaire ou extra-abdominale qu'il faut combattre par un traitement opératoire.

Si l'anus contre nature s'impose à l'opérateur, il sera établi sur une portion saine d'intestin, après résection de la partie malade. Si la résection paraît inutile ou inopportune, il n'en faudra pas moins débrider largement pour voir exactement l'état des viscères et mettre hors de l'abdomen toute l'anse étranglée. On fixera alors l'intestin par des fils nombreux et rapprochés qui seront placés sur ses bouts supérieur et inférieur, au-dessus et au-dessous des sillons délimitant la partie serrée; on fermera de la sorte la cavité abdominale, dont l'anse malade se trouvera complètement séparée.

L'anus contrenature ne doit être qu'un pis-aller. L'entérectomie et l'entérorraphie mixte de Bouilly (conservation d'une fistule de sûreté) s'imposent toutes les fois que l'état général du malade permet une intervention de durée un peu longue.

Les accidents généraux qu'on observe dans les hernies étranglées sont dus le plus souvent à de la septicémie intestinale; il y a donc tout avantage, chez un opéré dont l'intestin sain a été réduit, à provoquer des évacuations alvines au lieu de les empêcher de se produire. RICHARDIÈRE.

Ueber eine seltene Form der inneren Incarceration (Forme rare d'étranglement interne), par KUNDRAT (Soc. des méd. de Vienne, 13 février 1891).

Dans trois cas, Kundrat a vu le duodenum étranglé par le mésentère.

1° Un adulte récemment guéri de la fièvre typhoïde, mais ayant la paroi abdominale extrêmement amincie, meurt en deux jours; on trouve l'estomac et le duodenum colossalement dilatés, le duodenum coupé par le mésentère, l'iléon et le jéjunum en état de prolapsus;

2° Une femme morte rapidement après avoir présenté des phénomènes d'étranglement offre, à l'autopsie, une embolie de l'artère pulmonaire. Le duodenum est comprimé par le mésentère et tout l'intestin se trouve dans le bassin;

3° Chez un homme de 22 ans, laparotomisé pour des accidents d'occlusion intestinale, mêmes particularités que dans les cas précédents.

A côté de ces cas graves, il y a des cas légers, incomplets, spécialement chez la femme. L'étranglement est causé par une disposition spéciale du mésentère et par le prolapsus de la masse intestinale qui l'attire en bas, prolapsus dû au relâchement de la paroi abdominale. La seule opération à pratiquer est la gastro-entérostomie. L. GALLIARD.

I. — On the treatment of recent hernia... (Traitement des hernies récemment étranglées par aspiration de l'anse herniée), par John HERN (*Brit. med. j.*, p. 280, 7 février 1891).

II. — On the treatment of strangulated hernia when the intestine is gangrenous or ulcerated, par B. LOCKWOOD. — Discussion (*Ibidem*, p. 701, 28 mars 1891).

III. — Two cases of resection of intestine by Senn's methode, par Arbuthnot LANE (*Brit. med. j.*, p. 1071, 16 mai 1891).

I. — L'auteur conseille, dans les cas de hernie étranglée récente, où la tension de l'anse herniée est considérable, de la vider par une ponction aspiratrice faite à l'aide d'une seringue de Pravaz. Il a employé le procédé 33 fois, et dans 28 de ces cas la réduction a été facile. H. R.

II. — Statistique portant sur 34 cas. 4 guérisons, 3 complètes, 2 avec fistule : 31 morts. Lockwood discute les avantages de l'intervention ou de l'expectative, et conclut en faveur de la résection primitive de la portion d'intestin gangrenée, avec suture secondaire. Mayo Robson signale également deux faits de guérison par le procédé de la résection et de la suture.

Bryant fait remarquer la rareté de la péritonite en pareil cas : les malades meurent intoxiqués, dans le collapsus.

Treves insiste sur ce fait, qu'avec le procédé ancien (incision du sac gangrené et attente de l'élimination de l'eschare), la mortalité est de 90 0/0 ; la résection ne donne guère une meilleure statistique, mais la guérison est moins longue et les conséquences moindres au point de vue d'une fistule consécutive.

III. — Chez une femme atteinte de hernie étranglée, Lane trouva l'intestin complètement sphacélé. Il excisa trois pouces d'anse intestinale et fit une ligature sur le mésentère correspondant, puis suture les segments d'intestin en retournant leurs parois, par le procédé de Lembert ; finalement introduit entre les deux bouts d'intestin des plaques de Senn (os décalcifié) et les réunit par une suture de Lembert, après les avoir exactement affrontées. Régime lacté les premiers jours. Guérison complète.

Le second cas concerne une femme de 55 ans, également atteinte de hernie étranglée depuis cinq jours, avec collapsus. L'intestin était gangrené et perforé. Le sac herniaire renfermait du pus et des matières fécales. L'auteur le lia en masse et sectionna le point étranglé, puis il ouvrit l'abdomen, réséqua quatre pouces d'intestin malade et opéra comme précédemment, mais la mort survint cinq jours après, par épanchement de matières stercorales dans le péritoine. L'intestin n'était pas intact au point où avaient été faites les sutures. H. R.

I. — Ueber Hernien der weissen Linie zwischen Schwertfortsatz und Nabel, par von BERGMANN.

II. — Même sujet, par KÖNIG (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 43, p. 1002, 27 octobre 1890).

I. — Survenant principalement chez des individus jeunes, les hernies de la ligne blanche échappent souvent à l'exploration, vu leur faible volume, car les plus grosses ont les dimensions d'une noisette. Comme elles occasionnent presque uniquement des douleurs d'estomac, les malades sont traités souvent pendant des mois ou des années pour dyspepsie. Les traits caractéristiques de ces hernies sont : 1° leur siège. Elles se trouvent toujours à mi-distance entre le nombril et l'appendice xyphoïde, là où le muscle doit présenter une portion tendineuse ; 2° leur confusion facile avec des hernies graisseuses extra-péritonéales, parce que le péritoine étant extrêmement mince, le sac herniaire peut passer facilement inaperçu ; 3° leur contenu, qui est toujours uniquement l'épiploon ; 4° leur symptomatologie résultant des tiraillements qu'elles exercent sur l'estomac : vomissements survenant immédiatement ou 2 ou 3 heures après le repas, douleurs tenaces. Parfois il y a du sang dans les matières vomies, de sorte qu'on penserait à un ulcère ou un cancer de l'estomac.

Le traitement consiste dans l'opération radicale de la hernie.

II. — Kœnig, depuis l'ère antiseptique, a opéré 20 de ces hernies dont le diagnostic est extrêmement difficile en cas d'obésité, vu leurs faibles dimensions, qui ne dépassent jamais celles de noisettes. Un symptôme important, c'est les douleurs névralgiques qui de la hernie s'étendent en ceinture jusqu'au rachis ; elles sont dues à la traction subie par l'estomac. Une partie du grand épiploon située au voisinage de l'estomac envoie un cordon dans l'orifice de la paroi abdominale, cordon se terminant par un peloton adipeux qui ne tarde pas à s'hypertrophier, et alors ne peut plus rentrer dans la cavité abdominale.

J. B.

Laparo-entérotomie pour calcul intestinal, par THIRIAR (5^e Cong. franç. chir. *Bulletin méd.*, 1^{er} avril 1891).

Femme de 51 ans, présentant les symptômes d'une obstruction intestinale depuis une dizaine de jours. Laparotomie : dans la fosse iliaque gauche perception d'une tumeur très dure, faisant corps avec l'intestin ; celui-ci étant incisé sur une étendue de 6 centimètres, extraction d'un calcul ovoïde, pesant 14 grammes et mesurant 42 millimètres dans son plus grand diamètre. Plusieurs plans de sutures sur l'intestin ; réapparition des selles dès le soir même de l'opération et guérison sans complications en quelques jours.

OZENNE.

Prolapsus récidivé du rectum ; rectopexie postérieure ; guérison, par RICARD (*Gazette des hôpitaux*, p. 596, 2 juin 1891).

Un homme de 32 ans, atteint de prolapsus du rectum, avait été traité il y a un an par la cautérisation par les acides ; le prolapsus s'est reproduit et a actuellement la forme et le volume du poing. Après réduction, on fait une incision de l'anus jusqu'à la moitié de la hauteur du sacrum : le rectum est découvert, puis mobilisé. Quatre fils transversaux sont faits à la surface extérieure du rectum et assujettis avec du catgut ; puis le rectum, ainsi raccourci et épaissi, est soulevé et fixé aux tissus fibreux des bords latéraux du sacrum et du coccyx. Guérison sans accidents. Après un mois et demi, le prolapsus ne s'était pas reproduit.

MAUBRAC.

Extirpation du cancer rectal par la voie vagino-péritonéale avec conservation du sphincter, par L. DESGUIN (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers, p. 187, septembre-octobre 1890*).

Le néoplasme qui avait produit une perforation de la cloison vaginale s'arrêtait à une certaine distance de l'anus. Une incision fut conduite horizontalement au fond du cul-de-sac postérieur du vagin, descendit latéralement de façon à circonscrire la tumeur. Les deux côtés vinrent se rejoindre un peu au-dessus de la vulve, et l'incision terminale, en queue, porta sur le périnée en contournant une partie de l'anus. Le rectum fut sectionné un peu au-dessus de l'anus et ce bout anal fut récliné. On procéda ensuite à l'isolement de la tumeur, à sa séparation en haut des parties saines, puis à l'abaissement de l'S iliaque qui fut suturé à l'anus, et enfin à la réfection du vagin et du périnée.

L'opération offrit peu de difficultés, mais fut longue. La malade, très affaiblie avant l'opération, ne survécut que quelques heures. Elle présentait déjà un commencement de généralisation au foie.

LEFLAIVE.

I. — Ueber die neueren Operationen bei Mastdarmkrebs, par IVERSEN.

II. — Discussion du Congrès international de Berlin (*Berlin. klin. Wochens., n° 44, p. 1023, 3 novembre 1890*).

I. — Iversen, ayant compulsé 247 opérations de cancer rectal, montre l'énorme fréquence des récidives locales, due à l'impossibilité d'enlever complètement par le périnée, le foyer morbide. La nouvelle méthode de Kraske améliorera sans doute les résultats opératoires, en permettant d'enlever les ganglions péirectaux dégénérés. Quand la portion anale sera suspecte d'envahissement, il vaudra mieux renoncer à la suturer au bout supérieur du rectum, car l'anus artificiel sacré n'est pas très gênant, et comme il repose sur l'os, il n'a pas de tendance à se rétrécir et à laisser hernier la muqueuse; enfin il retient les matières d'une façon satisfaisante.

II. — Bryant n'est pas un adversaire absolu de la résection du rectum, mais il ne la veut que pour les cancers tout à fait récents, nettement circonscrits, et quand l'état général est bon, conditions qu'il reconnaît être des plus rares. Aussi préfère-t-il la colotomie lombaire, contre laquelle on n'a élevé encore que des objections théoriques.

Lange préfère la colotomie inguinale. Pour éviter la distension des sutures, il recourt à l'opération plastique suivante, qui garantit contre la mortification et l'infection septique, en même temps qu'elle permet de conserver le sphincter anal. Le malade étant sur le ventre, incision de Kraske, en remontant sur le rectum jusqu'au mésocôlon, de façon que l'S iliaque pende librement en bas. Incision semi-lunaire entre le sphincter et la racine du scrotum et détachement de l'appareil musculaire du rectum au-dessous de la prostate. Le releveur de l'anus est aussi partiellement coupé, ce qui permet de refouler en haut de 2 à 3 pouces la totalité du lambeau semi-lunaire. La suture se fait alors sans aucune distension. Naturellement cette anaplastie augmente l'hémorragie, mais ses résultats sont excellents. Le péritoine est suturé circulairement autour du gros intestin, la plaie elle-même reste béante en arrière. Dans un cas, Lange a enlevé ainsi 24 pouces de gros intestin, et de tous ses opérés il n'en a perdu qu'un, à la suite d'une péritonite septique causée

par la gangrène de la suture. Quand il s'agit d'un cancer localisé aux parois antérieure ou postérieure, Lange l'extirpe par l'intérieur du rectum, et comme il n'est pas possible alors de fermer le rectum par la suture longitudinale, il en forme 2 conduits dont il tamponne l'intervalle avec de la gaze.

Kœnig agrandit les limites des indications de l'extirpation du rectum, plus que ne le fait Iversen, car il est d'avis qu'elle est indiquée en cas de cachexie, laquelle est due le plus souvent aux sécrétions du cancer; c'est même dans ces circonstances qu'il a eu les résultats les plus satisfaisants. Après avoir été partisan de la colotomie (*R. S. M.*, XXXII, 608), Kœnig reconnaît maintenant que l'opération normale est l'extirpation du rectum, bien qu'aucun des opérés n'ait une survie dépassant 4 ou 5 ans; mais leurs dernières années d'existence ont au moins été rendues tolérables. Jusqu'en octobre 1887, Kœnig a pratiqué 53 extirpations et résections du rectum, et 43 depuis cette date. Les 53 premières opérations lui ont donné une mortalité de 3.75 0/0, et les 43 dernières, seulement de 29.9. Ce progrès est dû à ce que, renonçant à la suture complète, il a adopté le procédé de Bergmann, qui laisse la plaie béante et la tamponne. Sur 16 opérations par la méthode de Kraske et Bardenheuer il a perdu 4 malades. On ne doit suturer le sphincter anal avec le bout supérieur qu'autant qu'il reste au-dessus au moins 2 centimètres de muqueuse saine; en procédant ainsi, on n'a pas à craindre la distension de la suture.

Czerny a eu 4 morts sur 18 extirpations du rectum par la méthode Kraske. Il attribue ces échecs uniquement à ce qu'il n'a pas refermé le péritoine avant d'enlever le rectum. Deux formes de cancer ont un pronostic favorable : ce sont le glandulaire, qui est très rare, et le squirrhe annulaire.

J. B.

- I. — Ueber Operation und Diagnose der Nierensteine (Opération et diagnostic des calculs rénaux), par James ISRAEL (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 9, p. 224, 2 mars 1891).
- II. — A case of nephrolithotomy... (Néphrolithotomie consécutive à une néphrectomie pour une anurie totale de cinq jours; guérison complète), par Clément LUCAS (*Brit. med. j.*, p. 115, janvier 1891).
- III. — Removal of large calculi... (Extraction de deux volumineux calculs des reins), par Rickman GODLEE (*Ibidem*, p. 116, janvier 1891).
- IV. — Calculous suppression of urine with double pyonephrosis : nephrolithotomy on both sides..., par G. TURNER (*Brit. med. j.*, p. 852, 18 avril 1891).
- V. — Ueber renale Hämophilie, par H. SENATOR (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 1, p. 1, 5 janvier 1891).
- VI. — Severe hæmaturia, nephrectomy, recovery, par F. T. BROWN (*N. York med. journ.*, p. 173, 16 août 1890).
- VII. — Néphrectomie. Rein calculeux contenant des gaz, par LE DENTU (*Bull. acad. de méd.*, 5 mai 1891).
- VIII. — Ueber Nierentuberculose, par ISRAEL (*Deutsche med. Woch.*, n° 31, p. 684, 1890).

IX. — Néphrectomie pour un cas de rupture du rein, par OBALINSKI (*Sammlung klinisch. Vorträge, n° 16*).

I. — Homme de 41 ans ayant depuis six ans des crises de coliques néphrétiques, de plus en plus fréquentes et, dans leurs intervalles une douleur continue dans la région rénale gauche, hématuries par instants et albuminurie. Pas d'augmentation de volume du rein à la palpation qui est douloureuse. Opération. Incision transversale à un travers de doigt au-dessous de la 12^e côte et parallèle à elle, s'étendant en avant, à 14 centimètres, à partir du bord externe de la masse sacrolombaire. Le rein, de volume normal, était enveloppé par une capsule adipeuse formée de plusieurs feuillets fibreux. Dissection de la capsule en arrière, puis en avant; on ne découvrit pas le moindre calcul soit au palper, soit à l'aide de piqûres méthodiques faites avec une aiguille à acupuncture. Israel, sûr néanmoins de son diagnostic, incisa de part en part le rein le long de son bord convexe, sur une étendue de 2 centimètres; le doigt atteignit, dans le bassin, un calcul dont l'extraction fut faite. Fermeture de l'incision rénale par 3 points au catgut, la suture inférieure coupa les tissus, provoquant une déchirure transversale qui dut être réunie au catgut. L'hémorragie une fois arrêtée, la capsule adipeuse du rein fut suturée ainsi que la plaie pariétale, en laissant toute fois la place d'un drain enfoncé presque dans la capsule adipeuse. Réunion par première intention. Enlèvement le 8^e jour du drain par lequel ne s'écoula pas une goutte d'urine. Guérison parfaite depuis l'opération, remontant à un an.

Israel mentionne comme signe diagnostique important des calculs rénaux, la présence dans l'urine, soit d'une manière continue soit à la suite d'exercices corporels, d'hématies détrempées, alors même que l'urine semble à première vue complètement claire. Pour faire cette constatation, il faut la laisser reposer vingt-quatre heures et examiner sous le microscope une goutte de la couche la plus inférieure, quand même il ne s'est pas formé de sédiment microscopique.

L'autre observation rapportée par Israel est une *incision exploratrice des reins suivie de mort* due à la compression de l'intestin par le pansement. Femme atteinte de coliques paraissant néphrétiques et débutant par une douleur du gros orteil. L'incision du rein droit ne révèle aucun calcul. Hémorragie considérable arrêtée par tamponnement à demeure et application d'un bandage de corps compressif. A partir du lendemain ventre de plus en plus météorisé, 136 pulsations; agitation croissante, vomissements. Malgré l'ablation des tampons, aggravation des symptômes d'occlusion intestinale : constipation absolue. Le 4^e jour, pouls à peine sensible, respiration fréquente, extrémités froides. Israel pratique sur la moribonde la colotomie cæcale et ponctions multiples de l'intestin. Mort dans la journée. A l'autopsie : plaie rénale réunie par première intention. Ni calculs rénaux ni calculs biliaires. Rein gauche sain. Péritoine normal. Intestin grêle ballonné et rempli de matières fluides; côlons ascendant et transverse non distendus; côlon descendant et S iliaque affaissés. Les matières fécales du gros intestin cessent à 19 centimètres de la valvule iléocæcale; à ce niveau le côlon ascendant est rétracté sur lui-même dans une étendue de 4 centimètres et la couche sous-séreuse est infiltrée de sang du côté du mésentère. A partir de ce point, vacuité complète du gros intestin. A 11 centimètres plus bas, sur le côlon transverse, se trouve une autre rétraction de l'intestin. Pour Israel ces deux rétrécissements du gros intestin voisins du rein sont le résultat de la com-

pression exercée simultanément d'arrière en avant par le tamponnement et d'avant en arrière par le bandage circulaire. J. B.

II. — Femme de 37 ans, souffrant depuis 17 ans d'hématuries par intervalles: depuis 7 ans, constatation d'une tumeur abdominale considérée comme le rein droit flottant. Le 14 juillet 1885, le rein droit fut extirpé par une incision lombaire: il pesait 21 onces et renfermait des masses de calculs. Guérison complète en un mois, et santé parfaite pendant trois mois. Le 24 octobre douleur atroce dans la région lombaire gauche, anurie, vomissements: ces symptômes persistent pendant cinq jours; à cette date la malade devient comateuse et semble dans un état désespéré. Lucas, malgré ces conditions très défavorables, pratique l'incision du rein et découvre un calcul conique bloquant l'extrémité supérieure de l'uretère. Immédiatement après, retour de l'urine qui pendant douze jours s'écoule par la plaie lombaire, puis reprend graduellement au bout de 19 jours, son cours naturel. Guérison 10 semaines après l'opération. La malade vit encore actuellement et depuis six ans sa santé est excellente. H. R.

III. — Homme de 37 ans. Début des symptômes rénaux en 1886. Deux ans plus tard on diagnostique un calcul rénal gauche compliqué de pyélite, et l'on soupçonne une lésion de même nature à droite. En novembre 1888, Godlee pratique la néphrolithotomie et retire une grande quantité de calculs uratiques et phosphatiques du rein gauche. Guérison rapide, mais la fermeture de la plaie est incomplète et au bout de plusieurs accidents fébriles, on se décide à laisser un drain à demeure et à débloquent l'uretère. L'opération ramène la perméabilité de l'uretère et une amélioration notable, mais des signes de calculs du côté droit se font sentir, et une nouvelle opération est tentée sur le rein droit. L'incision du rein permet d'arriver sur des masses pierreuses d'acide urique; l'extraction de ces calculs provoque une hémorragie veineuse considérable, arrêtée par compression, mais qui reparait quelques heures plus tard et emporte le malade. H. R.

IV. — Femme de 45 ans atteinte à plusieurs reprises de lithiase rénale. Le 18 juillet 1890, elle est prise d'une crise de coliques néphrétiques avec suppression d'urine et deux jours après, se fait conduire à l'hôpital, où l'on constate la présence de deux tumeurs rénales dans la région lombaire. La néphrolithotomie est décidée. Turner attaque d'abord le rein gauche, et retire un calcul pesant près d'une once: le bassin est plein de pus. Le rein droit est également incisé, il est aussi atteint de pyonéphrose et renferme deux calculs pesant environ 5 drachmes. Lavage à l'eau chaude, drainage, pansement antiseptique. La sécrétion urinaire reparait normalement et quatre jours après l'opération, la malade rend 3,125 centimètres cubes d'urine. Mais trois jours plus tard éclatent des accidents d'anurie et d'urémie comateuse qui emportent la malade, 11 jours après l'opération. L'autopsie montre des lésions énormes: le rein droit renferme encore 4 calculs qui n'avaient pas été découverts, et l'uretère gauche était bloqué par un calcul à un pouce de son origine. Le tissu rénal était réduit à une coque fibreuse. H. R.

V. — Observation doublement intéressante car il s'agit d'une hémophilie ne se traduisant que par des hématuries auxquelles on a mis fin par la néphrectomie.

Dame âgée de 19 ans; en décembre 1887, pour la première fois, elle s'est aperçue qu'elle avait en même temps que ses règles de l'hématurie. Santé parfaite jusqu'en septembre 1889 où les hématuries recommencent, cette fois en dehors de la menstruation; depuis elles se sont reproduites nombre de fois. Hérité hémophilique très nette du côté paternel (16 hémophiliques en 2 générations, outre la malade).

Miction indolore, un peu fréquente: l'urine sanglante, au microscope, présente seulement des globules rouges et blancs normaux. Apyrexie. L'examen

cystoscopique fit reconnaître que le sang arrivait dans la vessie par l'uretère droit.

Malgré les toniques, les astringents et le repos, les hématuries ne font qu'augmenter et l'anémie devient extrême: pouls très fréquent, très petit, lipothymies dès que le malade s'assied dans son lit. La mort paraissant imminente, Senator fit pratiquer la néphrectomie par Sonnenburg, le 22 avril 1890. Incision postérieure. Le rein droit, parfaitement sain d'apparence, fut enlevé. Guérison rapide. Dès le lendemain de l'opération, le sang disparaissait de l'urine et il n'a pas reparu, malgré les 8 mois écoulés; l'examen microscopique du rein n'a révélé que quelques petits foyers de néphrite interstitielle.

Durant les premiers jours, après l'opération, il y eut augmentation de la quantité des urines et de l'élimination d'azote.

Senator conclut de son observation, qu'il n'est pas juste de regarder l'hémophilie comme étant toujours une affection constitutionnelle, un trouble général de la nutrition. Pour un certain nombre de cas au moins, où les hémorragies se font toujours par le même organe, il s'agit là d'un trouble local ou d'une anomalie locale. Il résulte de cette manière d'envisager les choses, des conséquences thérapeutiques importantes. (*R. S. M.*, I, 683; II, 358; III, 607; V, 161; X, 246; XIV, 178; XVI, 156 à 158 et 704; XXII, 548 et 549; XXVIII, 171; XXX, 99; XXXI, 125; XXXIII, 675 et XXXVI, 134.)

J. B.

VI. — Femme de 36 ans, mère de 8 enfants, ayant une première hématurie, en mars 1888, avec fièvre: l'urine contient du pus. Seconde hématurie au mois d'août. On diagnostique un calcul siégeant dans le rein droit. Les accidents se renouvellent au mois d'octobre. Ils déterminent un tel affaiblissement, une telle anémie qu'on pratique le 5 novembre la néphrectomie.

On constate dans le rein droit extirpé de la pyélite chronique; le sang venait assurément des calices et du bassinnet. On ne trouve pas de calcul. On admet que le calcul expulsé au milieu d'épais caillots sanguins, avant l'opération, a échappé à l'examen.

Après l'opération, il y a de la fièvre, des vomissements. Pendant quelques jours, l'état général est mauvais. Le 15 novembre, on craint la terminaison fatale. Le 18 novembre, polyurie. Dès lors l'opérée entre en convalescence; l'albumine disparaît. Guérison complète.

L. GALLIARD.

VII. — Chez un malade atteint de néphrite calculeuse, Le Dentu a pratiqué l'ablation du rein qui, outre la présence de calculs contenus dans son intérieur, renferme des gaz qui ne proviennent ni du dehors, puisque la paroi de l'organe est intacte, ni d'une décomposition putride, puisqu'il n'y a pas trace d'hydrogène sulfuré. Ce sont probablement des gaz du sang. OZENNE.

VIII. — Femme de 33 ans, ayant eu une cystite en 1881, éprouvant en 1887 du ténésme vésical; pas de douleurs lombaires. Elle maigrit. En mai 1889, l'auteur constate la présence du pus dans l'urine; pas de bacilles; l'examen de la vessie ne révèle rien. Le rein droit est plus gros qu'à l'état normal.

Le traitement local de la vessie est non seulement inefficace, mais nuisible. L'urine est tantôt limpide, tantôt chargée de pus; jamais elle ne contient de sang. La patiente refuse de subir l'extirpation du rein à ce moment.

En octobre 1889, elle revient, ayant perdu 44 livres depuis le début de sa maladie. Frissons, sueurs, diarrhée, douleurs spontanées dans la région du rein droit, lequel est devenu plus gros, immobile, à surface bosselée. Le rein gauche paraît normal.

Néphrectomie le 14 octobre; il s'agit d'une pyonéphrose tuberculeuse typique: dilatation du bassinnet et des calices, cavernes tuberculeuses dans le parenchyme rénal.

Guérison de la plaie par première intention. Mais, au bout d'un mois, on est obligé d'inciser la cicatrice pour combattre une poussée de tubercules (sous forme de granulations gélatineuses) dans le champ opératoire.

Depuis l'opération, la patiente est débarrassée des troubles vésicaux, l'urine est claire, le poids du corps a augmenté de 36 livres. L. GALLIARD.

IX. — Officier âgé de 32 ans, qui dans une chute de cheval avait eu la région lombaire fortement contusionnée et des hématuries intermittentes : neuf jours après s'était manifestée une tumeur fluctuante dans l'hypochondre droit. Opération le 23 octobre : incision lombaire extrapéritonéale.

Le rein apparut coupé en deux, et entouré d'une cavité kystique pleine de caillots sanguins et d'urine claire. Extirpation des fragments du rein, ligature du pédicule, pansement à la gaze iodoformée et drainage : guérison complète le 20 décembre.

Obalinski pense que dans des cas de ce genre on serait autorisé à faire et au besoin à répéter des ponctions aspiratrices dans la tumeur, qui soulageraient le malade et lui permettraient de cicatriser sa plaie rénale. Il insiste sur le rôle de la capsule adipeuse du rein qui sert de barrière à l'infiltration d'urine. La résection du rein ne doit être tentée que secondairement.

Obalinski cite six opérations de néphrectomie pour des ruptures du rein : trois succès, trois morts.

H. R.

Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical, par F. LEGUEU
(Thèse de Paris, février 1891).

Dans cet important travail inaugural, Legueu montre d'abord que les calculs du rein évoluent suivant un double processus, les lésions qui les accompagnent, et dont ils sont la cause ou l'occasion, étant des lésions *septiques* ou *aseptiques*; les unes comme les autres aboutissent d'ailleurs à la destruction anatomique et à la perte fonctionnelle de l'organe. Pour sa production, le calcul nécessite l'intervention de deux facteurs : d'une part une altération générale de l'organisme, modifiant les conditions de la nutrition et la composition des sels du sang, et d'autre part une altération locale, constante et indispensable, des voies urinaires. En somme, pour l'auteur, tous les calculs rénaux seraient secondaires à une lésion locale primitive.

Le rein calculeux ne présente en général que des lésions purement mécaniques et de distension (comme celles de la ligature de l'uretère) ou des lésions d'infection à la suite d'une contamination quelconque. C'est du moins, d'après les observations de cette thèse, ce que la clinique permet de supposer et ce que démontre l'expérimentation.

Cliniquement, il n'existe aucun signe caractéristique de la présence d'un calcul du rein : le diagnostic se fait d'après un ensemble symptomatique. Certains accidents d'obstruction, de migration, d'infection se développent à un moment donné et, parmi ceux-ci, il en est, comme l'anurie, pour lesquels l'intervention chirurgicale a montré son efficacité.

L'incision exploratrice du rein doit être hâtive; négative, elle reste sans conséquences fâcheuses; elle devient curative, si la présence du calcul est vérifiée. Comme son maître, le professeur Guyon, Legueu préconise l'incision du rein au niveau du bord convexe, de préférence à celle du bassinnet. Quant à la néphrectomie primitive, elle ne conviendrait, d'après l'auteur, qu'aux cas de destruction complète du rein avec intégrité de son congénère. Dans l'anurie calculeuse, si elle est complète, l'intervention ne doit pas être différée au delà du cinquième jour : il faut alors

créer une fistule lombaire ou procéder à l'ablation du calcul avec ou sans uretérotomie.

R. JAMIN.

I. — Considération sur la tuberculose rénale, par SCHNELLER (*Thèse de Paris, mai 1891*).

II. — Des abcès tuberculeux péri-néphrétiques, par F. THOMAS (*Thèse de Paris, avril 1891*).

I. — Plus souvent secondaire que primitive, l'infection du rein par le bacille tuberculeux se fait, d'après Schneller, par le courant sanguin, et c'est par le glomérule que débudent les lésions. L'auteur admet que le traitement médical est le plus souvent impuissant, mais que, si une intervention chirurgicale est jugée opportune, c'est la néphrectomie totale qu'il convient de choisir.

II. — Basé sur 32 observations d'abcès tuberculeux péri-rénaux, le travail de Thomas montre que ce genre de lésion, rarement primitif, est le plus souvent consécutif à une tuberculose urinaire (surtout du rein) et même génitale, parfois à une tuberculose osseuse de voisinage ou enfin à une tuberculose pleuro-pulmonaire. Dans leur lente évolution, ces abcès déterminent toujours de la douleur et de la tuméfaction de la région; outre le traitement médical que réclame toujours l'état général d'un tuberculeux, ces abcès sont justiciables d'un traitement chirurgical radical : large incision permettant de voir et de traiter les lésions originelles, grattage, chlorure de zinc, antisepsie, etc.

R. JAMIN.

Abcès périnéphrétique ouvert dans les bronches, par LOUMEAU (*Journ. de méd., Bordeaux, 10 mai 1891*).

Homme de 50 ans, atteint d'un abcès périnéphrétique datant d'une année et déjà traité à deux reprises par l'ouverture avec les caustiques.

Actuellement l'abcès, situé à gauche, offre un volume considérable; incision et drainage de la cavité, pansements quotidiens; au bout de trois semaines un érysipèle de la région lombaire, puis un érysipèle de la face se montrent successivement. Huit jours plus tard survient une pleuro-pneumonie, qui s'amende en 15 jours.

Pendant l'évolution de ces complications, on continue les lavages de l'abcès et, pour en hâter la cicatrisation, on fait des injections de teinture d'iode deux fois par semaine. 15 jours après la fin de la pneumonie, au moment de l'une de ces injections, le malade est pris d'un accès subit de suffocation, qui se termine par l'excrétion de crachats purulents mêlés à de la teinture d'iode; une communication de l'abcès s'était donc faite avec les bronches.

Malgré cet accident, la suppuration s'est peu à peu tarie et, deux mois après, la cicatrisation était définitive.

OZENNE.

I. — Vorstellung eines geheilten Nierensarcome, par J. ISRAEL (*Berlin. klin. Woch.*, n° 28, p. 640, 14 juillet 1890).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibidem*, p. 641).

I. — Israel présente un jeune homme de 16 ans, auquel il a enlevé, il y a 2 ans, une tumeur maligne du rein.

C'est la 4^e opération de tumeur maligne de rein faite par Israel. La première opération avait été pratiquée pour un cancer (*R. S. M.*, XXXI, 680); 23 mois plus tard, l'opéré n'avait pas de récurrence. Dans le 2^e cas, il s'agissait d'un énorme cancer du rein droit; Israel pratiqua la

laparotomie, mais dut laisser l'opération incomplète, parce que les anses intestinales qui recouvraient la tumeur avaient été envahies par elle ; la femme succomba, quelques semaines plus tard, aux progrès de son affection. Enfin, la 3^e opérée, une jeune femme, a succombé le 3^e jour au milieu de convulsions urémiques, occasionnées vraisemblablement par l'iodoforme, à l'emploi duquel Israel a dès lors renoncé dans ses ablations du rein.

Malgré ces résultats peu favorables, Israel reste partisan de l'ablation des tumeurs malignes du rein, pourvu qu'elle soit faite de bonne heure, puisque ces tumeurs restent longtemps localisées grâce à la capsule fibreuse, qu'elles n'envahissent qu'assez tard les ganglions et sont très rarement bilatérales chez l'adulte. Toutefois, avant de se décider à l'opération, il faut rechercher avec beaucoup de soin les métastases qui peuvent occuper des régions assez insolites, telles que la peau du dos ou le fémur.

II. — E. Kuester, comme Israel, est grand partisan de la ponction exploratrice, qui lui a plusieurs fois permis de poser le diagnostic de tumeur maligne du rein.

Il a fait aussi 4 opérations de ce genre. Son premier opéré a succombé, l'opération à peine terminée, à une embolie pulmonaire provoquée sans doute par les manipulations du pédicule. L'autopsie a révélé en outre la présence d'un noyau secondaire dans le poumon et d'un thrombus déjà ancien dans l'artère pulmonaire, outre le récent. La 2^e opérée vit encore, c'est une femme opérée d'un adénome de la capsule surrénale. La 3^e opérée est morte peu après d'une récurrence de son cancer. Le 4^e opéré était un jeune garçon ayant un sarcome rétropéritonéal qui avait partiellement englobé le rein et envahi le péritoine, dont il fallut exciser de grands tronçons, pour qu'on pût dégager le rein ; une récurrence mortelle s'est bientôt produite.

Quant à l'incision, Kuester se borne à la faire horizontale à mi-distance entre la 12^e côte et la crête iliaque et partant du bord externe du sacrolombaire ; il entaille généralement un peu le bord externe du carré des lombes.

J. B.

Diagnostic précoce des néoplasmes du rein et de la vessie au moyen du cystoscope, par AUSTIN (Thèse de Paris, juillet 1890).

La cystoscopie moderne, quand elle est praticable, permet de voir les tumeurs vésicales et d'en apprécier l'aspect, le nombre, le volume, le siège et le mode d'implantation ; grâce à elle, on distingue une tumeur vésicale d'une tumeur rénale dans les cas obscurs et l'on constate de quel côté siège le rein lésé et en même temps si l'autre rein fonctionne normalement. L'auteur donne la préférence sur ceux de Nitze et de Leiter au cystoscope de Boisseau du Rocher, dont le champ visuel est plus étendu : il possède en outre un appareil à irrigation continue qui maintient transparent le liquide intra-vésical et permet de pratiquer le cathétérisme des uretères ; enfin, l'instrument français peut être stérilisé d'une façon absolue. Quelquefois, ces examens intra-vésicaux ont déterminé des hématuries plus ou moins prolongées. Néanmoins, ils rendent d'incomparables services puisqu'ils donnent un diagnostic précoce et détaillé,

à condition que la vessie renferme un liquide transparent et qu'elle soit suffisamment distendue.

R. JAMIN.

Ueber das Verhältniss einige kapselter zu freiliegenden Blasensteinen (Rapport entre les calculs vésicaux libres et enchatonnés), par ROERIG (*Therap. Monatshefte*, avril 1891).

Sur 90 cas, Rörig a trouvé 47 fois uniquement des calculs libres, 15 fois des calculs libres et enchatonnés et 28 fois uniquement des calculs enchatonnés. Ces derniers sont plus fréquents qu'on ne l'admet : il ne faut pas se borner à explorer le bas-fond. Il faut rechercher à droite à la hauteur de la crête iliaque et immédiatement au-dessus du col.

Il y a une très grande prédominance pour le côté droit et les calculs sont alors souvent uratiques, très durs. Affaire de décubitus pour Rörig.

L'auteur étudie ensuite les caractères chimiques des calculs, leur volume, suivant qu'ils sont libres ou non, la fréquence respective des récidives, leurs symptômes propres, les résultats du traitement (lithotripsie, litholapaxie, etc.).

PAUL TISSIER.

De la pollakiurie psychopathique et de son traitement, par GUIARD (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, avril 1891).

Guiard attire l'attention sur un symptôme parfois observé chez les individus à antécédents nerveux, personnels ou héréditaires : c'est la fréquence exagérée des mictions (jusqu'à 30 ou 40 en 24 heures) sans qu'il existe aucune lésion appréciable, inflammatoire ou autre, de l'appareil urinaire, ni aucun symptôme d'affection cérébrale ou médullaire. Avec observations à l'appui, l'auteur prouve que ces malades sont purement imaginaires, psychopathes et hypocondriaques et que le seul traitement efficace à opposer à leur pollakiurie est le conseil ou plutôt l'ordre de se retenir progressivement d'uriner. Il ne s'agit pas ici de suggestion, car il faut au préalable, à l'aide d'une injection intra-vésicale d'eau boriquée, démontrer expérimentalement au malade que sa vessie est capable de contenir 4 ou 500 grammes de liquide et n'a pas besoin de se vider à chaque instant.

R. JAMIN.

Coloration préalable de l'urètre et uréthro-périnéorrhaphie dans l'urétrotomie externe, par CODIVILLA (*Bull. delle sc. med. de Bologne, sér. 7, vol. I, 1890*).

Dans un cas de rétrécissement infranchissable, pour faciliter pendant l'urétrotomie externe la découverte du bout postérieur du canal sectionné, Codivilla a injecté, au préalable, dans l'urètre, une solution colorée (bleu de méthylène 3, alcool à 50° 100) ; l'opération n'a présenté ainsi aucune difficulté. En outre, dans trois cas d'urétrotomie externe, l'auteur a pratiqué avec succès l'uréthro-périnéorrhaphie immédiate. Avec les précautions et soins antiseptiques habituels, cette opération donne une prompte et définitive réunion, si l'on a soin de drainer la vessie pendant les quelques jours qui suivent. La réunion des tissus se faisant par première intention, on évite ainsi la production ultérieure de nodules cicatriciels et, par suite, la récurrence possible de coarctations. De cette

façon, d'après l'auteur, l'urétrotomie externe serait indiquée dans bien des cas où l'on fait l'urétrotomie interne.

R. JAMIN.

I. — De la valeur de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urètre, par J. BRAQUEHAYE (*Bull. Soc. anat. et phys. de Bordeaux*, 1890).

II. — De l'électrolyse dans la cure des rétrécissements, par LOMBARDI (*Thèse de Paris*, juillet 1890).

III. — Indications et résultats comparés des quatre méthodes de traitement des rétrécissements de l'urètre, par AZÉMA (*Thèse de Paris*, décembre 1890).

I. — Sur six cas d'électrolyse linéaire (2 avec l'appareil de Jardin, 4 avec celui de Fort), trois fois la lame de l'électrolyseur n'a pu franchir le rétrécissement; deux fois celui-ci a récidivé dans l'espace de quelques semaines ou quelques mois. Dans un seul cas, la guérison s'est maintenue, mais à la condition d'introduire fréquemment des bougies dans le canal; si l'on cessait seulement pendant quinze jours, le rétrécissement se reproduisait. Plusieurs de ces malades ont dû subir ultérieurement une opération plus efficace, l'urétrotomie interne, bien que les suites immédiates de celle-ci eussent des apparences moins bénignes que l'électrolyse linéaire.

II. — A la suite de Weiss et de d'Arsonval, Lombardi, dans ce travail, étudie d'abord l'électrolyse au point de vue physiologique et expérimental; puis il expose la technique instrumentale et le manuel opératoire de Fort pour l'électrolyse des rétrécissements de l'urètre, de Gorecki pour celle des voies lacrymales, de Baratoux et Garrigou-Désarènes pour celle de la trompe d'Eustache ou d'autres affections de l'oreille et du nez. Pour juger de la valeur thérapeutique de l'électrolyse dans la cure définitive des rétrécissements, il manque aux observations citées dans ce travail soit le contrôle de l'autopsie, soit celui d'un examen répété à une date éloignée de l'opération.

III. — De ce parallèle détaillé et raisonné, il résulte pour l'auteur que la dilatation lente et progressive, et non immédiate, doit toujours être tentée au début, à moins de contre-indications urgentes: c'est la méthode curative la plus facile dans son exécution, la plus heureuse dans ses résultats et la plus applicable dans l'immense majorité des cas. D'après les statistiques les plus étendues et les plus concluantes, l'urétrotomie interne vient en deuxième ligne: elle est préférable à la divulsion qui, impuissante parfois, déchire toujours à l'aveugle la muqueuse urétrale. Quant à l'électrolyse, également inefficace dans les rétrécissements serrés et résistants, elle expose à des récidives à bref délai, quoique ses résultats immédiats semblent aussi satisfaisants que ceux de la dilatation. Il n'existe pas d'ailleurs de cure radicale et définitive des rétrécissements; quelle que soit la méthode employée, la dilatation devra toujours être entretenue par le passage de bougies à intervalles plus ou moins éloignés, suivant les cas.

R. JAMIN.

Cathétérisme permanent des uretères, par ALBARRAN et LLURIA (*Bull. méd.*, 8 juillet 1891).

Après une série d'expériences sur les chiens, permettant de conclure à la

facilité et à l'innocuité du cathétérisme permanent des uretères, les auteurs l'ont appliqué chez une jeune fille de 25 ans, souffrant depuis 9 ans d'une cystite tuberculeuse. Deux grattages n'ont pas amélioré la situation et l'ischurie est constante.

On pratique la taille hypogastrique; toute la surface de la vessie est fongueuse, exulcérée; au niveau du bas-fond deux ulcérations larges et profondes. Après avoir constaté la perméabilité des uretères au moyen de sondes-bougies n° 12, on fait passer une sonde en caoutchouc pur, dont la forme spéciale permet son immobilisation; la sonde est enfoncée à une profondeur de 4 centimètres et l'autre extrémité est passée à travers l'urètre par le cathétérisme rétrograde. La vessie est alors cautérisée au thermo-cautère, les bords sont suturés à la paroi abdominale et la cavité bourrée de gaz iodoformée.

Suites de l'opération simples: soulagement considérable. Les sondes de chaque uretère ont bien fonctionné et permettent de soigner la vessie à sec.

Les auteurs insistent sur les avantages qu'on peut retirer de ce procédé, au point de vue physiologique et thérapeutique. A. C.

A case of presumed rupture of the ureter from external violence; laparotomy, cure, par Herbert ALLINGHAM (*Brit. med. j.*, p. 699, 28 mars 1891).

Un jeune homme de 16 ans reçoit un coup violent dans le côté gauche du bas-ventre, le 18 juillet. Dès le second jour, frissons, douleurs intolérables. Il se fait transporter à l'hôpital le 4^e jour; on lui trouve le facies abdominal, de la tympanite, de la dyspnée et des douleurs paroxystiques excessives du côté gauche du ventre. Exploration impossible à cause des souffrances du malade. On donne le chloroforme et on constate une matité profonde dans la fosse iliaque gauche et une sensation de résistance osseuse, accompagnée de crépitation à la palpation. Le toucher rectal fait sentir un gonflement dans le tissu cellulaire péri-rectal, sans qu'on puisse préciser le diagnostic. On pense, soit à une contusion intestinale, soit à une lésion profonde de l'uretère. Séance tenante, laparotomie. Les intestins une fois repoussés à droite, on arrive sur une tumeur cylindrique sous-péritonéale étendue depuis le rein jusqu'au bassin, juste dans la direction de l'uretère. Le chirurgien était indécis sur la conduite à tenir: devait-il ponctionner la tumeur par la partie antérieure, ou l'ouvrir largement par la partie lombaire? C'est à ce dernier parti qu'il s'arrêta. Une incision fut conduite sur la région des reins, et à peine le bistouri eût-il pénétré dans la tumeur, qu'un flot d'urine trouble s'échappa de la plaie. Simultanément, la tumeur sous-péritonéale disparut instantanément. On referma donc la plaie abdominale, et on draina largement la plaie lombaire. Guérison rapide et retour des urines à l'état normal.

L'auteur démontre qu'il y a eu, en ce cas, rupture de l'uretère dans sa portion supérieure, car l'exploration digitale de la plaie lui a permis de sentir les calices du rein. Il cite deux cas analogues: l'un de Stanley, publié dans le volume XXVII, des *Medico-chir. Transactions*; l'autre de Vincent, accompagné d'autopsie. H. R.

De l'incision périnéale dans la prostatite suppurée, par Jacques L. REVERDIN (*Revue médic. Suisse romande*, XI, 5, 1891).

Reverdin relate un cas d'abcès prostatique, blennorragique, qu'il a ouvert chez un jeune homme de 20 ans, par le périnée, à l'aide de l'incision de Nélaton pour la taille prérectale. Deux drains ont été introduits dans le foyer que l'on tamponna autour d'eux avec de la gaze naphtolée; les angles de la plaie furent seuls suturés. Cicatrisation terminée le 43^e jour, sans incidents.

C'est Dittel d'abord (*Wiener med. Wochens.*, 1874, et *Wiener klin. Woch.*, 1889), puis Segond (*R. S. M.*, XXVII, 172) qui ont préconisé et pratiqué l'incision prérectale pour les abcès prostatiques. Le fait de Reverdin est le neuvième traité de cette façon. Les observations antérieures sont de Segond (2), de Hartmann (Thèse Guilain, *R. S. M.*, XXVIII, 670), de Dittel (4) et Perrin (*Rev. médic. Suisse romande*, 1890, p. 431).

L'incision médiane sur le raphé périnéal est moins favorablement disposée pour permettre un large accès dans la cavité de l'abcès, une facile évacuation et un bon tamponnement.

L'incision prérectale a d'autres indications que les cas d'abcès prostatiques saillants du côté du rectum, ouverts ou non dans l'urètre; elle est aussi préférable dans les cas où l'abcès a envahi le périnée et dans ceux de tuberculose de la prostate.

J. B.

Prostatisme chez la femme, par E. CHEVALIER (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, janvier 1891).

Sous le nom de *prostatisme chez la femme*, l'auteur de ce travail étudie les lésions artério-scléreuses qui envahissent à un certain âge dans l'un et l'autre sexe tous les départements de l'appareil urinaire, de telle sorte que les femmes peuvent présenter les mêmes symptômes cliniques que les hommes atteints d'hypertrophie sénile de la prostate : fréquence nocturne, retard et lenteur de la miction par défaut de contractilité vésicale, satisfaction incomplète du besoin d'uriner, puis rétention incomplète, cystite chronique, etc. L'observation d'une malade de Guyon vient confirmer cette opinion déjà émise par E. Desnos et Berbez.

R. JAMIN.

Cystalgie malarique, par L. RAYNAUD (*Bull. méd. de l'Algérie*, mai 1890).

Homme de 41 ans, ayant eu déjà plusieurs accès de fièvre paludéenne; au cours d'un nouvel accès, il est pris de crises cystalgiques extrêmement douloureuses avec rétention complète nécessitant des cathétérismes répétés. Les médications calmantes habituelles n'apportent aucun soulagement; seul, le sulfate de quinine fait cesser les crises. Plusieurs fois dans l'année, le malade eut des accès de fièvre palustre, et chaque fois les mêmes symptômes vésicaux se reproduisirent, cédant toujours à la quinine; mais parfois les douleurs cystalgiques existaient seules, sans rétention. Le malade d'ailleurs n'avait à ce moment et n'avait jamais eu aucune affection inflammatoire ou autre de l'urètre, de la prostate, ni de la vessie et ses urines étaient normales.

L'auteur rapproche ce fait, dont il n'a trouvé aucun exemple dans la littérature paludéenne, des crises de névralgies, de myalgies, d'arthralgies, de gastralgies et même des accidents hystériques et tétaniques, qu'on observe parfois dans l'impaludisme et qui cèdent seulement à la quinine.

R. JAMIN.

Cancer du pénis; amputation par le procédé de Notta, par COLOMBE (*Normandie médic.*, 15 juin 1891).

Colombe expose ainsi le manuel opératoire qu'il a mis en pratique dans un cas de cancer de la verge, qu'il a amputée. Le malade chloroformé,

on applique à la racine de la verge la pince fenêtrée de Nélaton et, pour fixer l'urètre, on introduit à travers ses mors un poinçon qui la traverse. L'organe ainsi fixé et comprimé, à l'aide d'un bistouri, on sectionne, en avant de la pince, la peau et les corps caverneux jusqu'à l'urètre que l'on détache sur une longueur de 15 millimètres environ, puis on le coupe. On le fend ensuite d'un coup de ciseaux à sa face inférieure. Les artères sont successivement liées et les sutures appliquées en ayant soin de prendre dans l'ansæ du fil l'urètre, les corps caverneux et la peau. La pince est retiré et un pansement antiseptique est appliqué.

En résumé, ce procédé permet d'obtenir facilement l'hémostase, de retrouver sans difficultés l'urètre, et d'empêcher le rétrécissement du nouveau méat.

OZENNE.

De la circoncision (Indications et manuel opératoire), par G. FÉLIZET (*Broch. in-8°, Paris, 1894*).

Débutant par un chapitre d'anatomie pathologique sur la verge, le gland, le frein, le prépuce et les adhérences dans le phimosis, le mémoire de Félizet pose en fait que, pour opérer, il ne faut pas attendre l'âge de trois ou quatre ans indiqué par Trélat, s'il existe de la dysurie phimotique avec balanite, de la rétention d'urine, du ténesme vésical, du prolapsus rectal : parmi ses 150 petits opérés, plusieurs n'avaient que quelques mois. Rejetant la dilatation du prépuce, l'auteur indique d'abord son procédé de froncement par ligature, dit *procédé des trois fils*, applicable seulement aux très jeunes enfants. Puis, tous les temps de la circoncision sont minutieusement décrits et précisés : nettoyage préalable, hauteur de la section et fixation du prépuce, excision, hémostase et réunion, non pas par des serres fines, mais par sept points de suture au catgut 00, dont les deux inférieurs servent en même temps à reconstituer le frein. L'opération, ainsi conduite sous chloroforme, a toujours donné les meilleurs résultats esthétiques. Le travail de Félizet est accompagné de planches explicatives.

R. JAMIN.

De l'hématome du scrotum, par M. BASEIL (*Thèse de Nancy, 295 pages, 1890*).

Ce travail, très riche en observations et indications bibliographiques, donne une histoire complète de l'hématome du scrotum.

Sous ce nom, il faut entendre un épanchement plus ou moins considérable du sang en dehors de la cavité vaginale, dans le tissu cellulaire des bourses, soit entre la vaginale et la fibreuse (partie inférieure du cordon : hématome périvaginal), soit dans la cloison, soit dans le tissu cellulaire sous-dartoïque (entre la peau et la fibreuse). Cette dernière forme est de beaucoup la plus fréquente et se localise probablement dans une cavité virtuelle, située dans le tissu cellulaire sous-dartoïque, et que Baseil s'est efforcé de mettre en évidence à l'aide d'injections artificielles.

Le sang se trouve soit à l'état diffus (H. pariétale par infiltration), soit collectif (H. par épanchement). La cause la plus ordinaire se trouve dans les traumatismes sur les bourses. Ces traumatismes occasionnent soit une attrition du tissu cellulaire sous-dartoïque, soit une rupture des vaisseaux du cordon ou des tuniques, soit l'éclatement de la vaginale

dans les cas d'hydrocèle ou d'hématocèle vaginales. (Cette dernière variété est particulièrement bien étudiée.)

L'auteur a soigneusement exposé la symptomatologie et le traitement de l'affection. Comparant ensuite l'hématome de la vulve avec l'hématome du scrotum, il montre que tous les phénomènes pathologiques viennent confirmer l'analogie anatomique des organes génitaux externes dans les deux sexes.

MAUBRAC.

Traitement chirurgical de la tuberculose du testicule, par HUMBERT (*Cong. de la tuberculose. Gaz. des hôp.*, 4 août 1891).

Note consacrée à combattre la castration et à conseiller le traitement suivant. Il ne faut pas attendre pour intervenir chirurgicalement; cette intervention consiste, dans les cas où le testicule et l'épididyme sont entièrement pris, à inciser la tumeur au thermocautère et à se servir de la curette pour détruire complètement les tissus malades. On conserve ainsi la gangue cellulaire péri-épididymaire, la tunique vaginale épaissie, et il reste après la cicatrisation un noyau qui donne l'illusion d'un testicule.

OZENNE.

A hundred cases of entire excision of the tongue, par Waller WHITEHEAD (*Brit. med. j.*, p. 961, 2 mai 1891).

Whitehead publie la statistique de 139 cas d'opérations sur la langue faites pour des cancers. La mortalité fut de 20, soit une proportion de 14 0/0; mais en tenant compte des cas où la résection de l'organe a été complète, la mortalité s'élève en réalité à 19 0/0. Le danger est en proportion de l'envahissement du plancher de la bouche.

L'auteur résume ainsi les conditions de l'opération. *a)* Chloroformisation complète du malade. *b)* La bouche doit être soigneusement maintenue et rester ouverte tout le temps de l'opération. *c)* La tête doit être tenue en avant et un peu en bas, pour éviter l'écoulement du sang dans les voies aériennes. *d)* La portion antérieure de la langue doit être accrochée par une ligature pour en permettre la traction. *e)* Le premier temps de l'opération consiste à diviser la muqueuse buccale à son point de réflexion entre la langue et la mâchoire, ainsi que les piliers antérieurs du voile du palais. *f)* Le second temps consiste en la séparation rapide de la portion antérieure de la langue d'avec le plancher buccal. *g)* Puis on pince les artères linguales avant de les sectionner. *h)* On jette une ligature sur le paquet glosso-épiglottique, avant de sectionner finalement la langue.

H. R.

OPHTALMOLOGIE.

Weitere Beiträge zur Lehre von den Funktionsstörungen des Gesichtsinnes (Nouvelles contributions à la théorie des troubles de la fonction du sens visuel), par TREITEL (*Arch. f. Ophth.*, XXXVI, 3).

De l'examen de 152 malades, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° On observe une diminution de la sensibilité du centre de la rétine à l'égard des différences de clarté, tant en cas de trouble des milieux réfringents, qu'en cas d'une affection quelconque du fond de l'œil, et également en cas d'affection du nerf optique; 2° cette diminution n'est donc pas un symptôme pathognomonique de certaines formes d'amblyopie, elle est plutôt le symptôme d'une diminution du sens visuel, analogue à la diminution de l'acuité visuelle et du sens chromatique.

Treitel explique pourquoi il n'est pas étonnant que ses résultats diffèrent absolument de ceux obtenus par les recherches antérieures de Bjerrum et Samelsohn. Il fait remarquer que ces auteurs se sont servi de méthodes imparfaites pour l'examen de la sensibilité aux différences de clarté (cet examen n'était pas fait assez indépendamment de l'acuité visuelle) et les objets d'épreuves étaient trop grands, de manière que l'examen ne portait pas seulement sur le centre, tandis que les carreaux gris (de 10 millimètres carrés) ne sont pas à une distance de 1 mètre sous un angle visuel d'environ 30°, angle qui correspond bien à l'étendue de la fosse centrale de la rétine. Bjerrum, de même que Samelsohn, a examiné en même temps que le centre les parties paracentrales de la rétine; c'est pourquoi la diminution paracentrale du sens lumineux, en cas d'affection choroïdienne, leur échappait.

ROHMER.

Die Untersuchungen einseitiger Störungen des Farbensinnes mittels binocularer Farbengleichungen (L'examen des troubles monoculaires du sens chromatique à l'aide d'équations chromatiques binoculaires), par HERING (*Arch. f. Ophth.*, XXXVI, 3).

L'auteur a construit un appareil assez simple pour pouvoir examiner simultanément le sens chromatique des deux yeux et établir des équations chromatiques en cas de dyschromatopsie monolatérale congénitale ou accidentelle. Avec cet appareil, il a examiné une malade atteinte d'atrophie du nerf optique de l'œil droit; la vision de cet œil était égale à 1/2; la malade accusait surtout un trouble de la perception des couleurs. L'auteur constate que : 1° toutes les couleurs paraissaient à l'œil malade moins saturées, c'est-à-dire, beaucoup plus blanchâtres ou grisâtres qu'à l'œil normal; 2° le jaune et le bleu paraissaient jaune et bleu, mais paraissaient beaucoup moins saturés; 3° un rouge et un vert, pas trop saturés et qui s'approchaient du rouge et du vert fondamentaux, paraissaient incolores pour l'œil malade; 4° les couleurs intermédiaires, le rouge spectral, l'orange, le vert jaunâtre et un violet pas trop saturé perdaient pour l'œil malade leur ton rouge, respectivement vert, paraissent par conséquent jaune, respectivement bleu, et cela en une teinte très blanchâtre ou grisâtre; 5° le blanc, le gris et le noir étaient également perçus par les deux yeux, c'est-à-dire, absolument incolores. L'examen fait avec des couleurs homogènes spectrales donna le même résultat. L'œil malade était donc aveugle pour le vert et le rouge et avait un sens chromatique très diminué pour le jaune et le bleu. Au périmètre, le champ visuel de l'œil malade était fortement rétréci pour les couleurs.

ROHMER.

Some points in connection between the eye and the cardiovascular system,
par BATTEN (*Brit. med. j.*, p. 1123, novembre 1890).

Batten tend à prouver que la myopie et l'hypermétropie ne sont pas des désordres dépendant seulement de l'état local de l'œil, mais bien d'un désordre circulatoire général. Il rappelle que la névrite optique est très rare chez les myopes et commune chez les hypermétropes : que chez ces derniers le pouls est lent et à faible tension, tandis que chez les myopes la tension sanguine est forte ; il en conclut que les malformations de l'œil sont en rapport avec l'état général de la circulation. H. R.

Hemianopsia, par H. NOYES (*New York med. record*, p. 389, 4 avril 1891).

L'auteur dans son étude appelle l'attention sur les points suivants :

1° Le manque d'uniformité dans la localisation exacte de la limite qui sépare les parties voyante ou aveugle du champ visuel dans l'hémianopsie ;

2° La persistance d'un petit champ central de deux ou trois degrés de diamètre dans chaque œil, dans certains cas d'hémianopsie double homonyme ;

3° La perte de la vision en secteurs homonymes relève le plus vraisemblablement de l'écorce du lobe occipital ; ordinairement la lésion siège au voisinage du cuneus. Dans ce cas on note l'absence d'autres symptômes cérébraux sauf parfois, l'agraphie, la cécité mentale, l'alexie ;

4° La perte de la vision en secteurs peut appartenir aussi à des lésions profondes sous-corticales, mais alors les limites du champ perdue sont pas aussi nettes que dans le cas précédent et la perte du sens de la lumière est moins complète ; il y a des espaces irréguliers où la lumière est perçue au milieu d'autres où elle est perdue. Dans ces cas, la coexistence d'hémiplégie, d'hémianesthésie montrent que la lésion est au voisinage de la portion antérieure des fibres visuelles radiées de Gratiolet ;

5° La perte de la vision en secteurs ou quadrants peut accompagner la lésion du tractus optique (cas de Norris et de Marchand), mais il est alors des signes appartenant au lobe temporal ou à la base du cerveau : paralysie, anesthésie. De plus on constate la triple disparition de la perception de la lumière, de la couleur et de la forme ;

6° La perte simultanée de la lumière et de la forme implique une lésion du centre cortical de la vision directe ou indirecte ;

7° L'inaction hémianopique de la pupille indique une lésion des ganglions centraux ou au-devant d'eux sur le tractus optique, chiasma ou nerfs.

Il existe certainement une relation topographique entre le centre visuel cérébral et la rétine. Le cas de Hun prouve que la partie inférieure du cuneus correspond à la partie supérieure des moitiés opposées de la rétine et les cas de Wilbrand, confirmatifs de celui de Hun, montrent une corrélation semblable pour des régions plus petites encore. P. DUFLOCC.

Beitrag zur Theorie des Schielens (Contribution à la théorie du strabisme),
par SCHUELLER (*Arch. f. Ophth.*, XXXVI, 3).

L'auteur donne les détails des observations anatomiques et cliniques sur lesquelles il a fondé sa théorie du strabisme. Selon Donders, le stra-

bisme tient, dans la majorité des cas, à des anomalies de l'innervation des muscles qui sont en rapport avec l'état de réfraction de l'œil (strabisme convergent chez les hypermétropes, strabisme divergent chez les myopes). Si cette théorie était vraie pour tous les cas de strabisme, ce dernier devrait toujours disparaître pendant le sommeil, pendant une narcose profonde, après la mort ou après la correction de l'anomalie de réfraction, et en outre, l'étendue du champ de fixation ne devrait pas différer de la normale, soit du côté nasal, soit du côté temporal. Or il y a bien des cas dans lesquels le strabisme persiste sous lesdites conditions et où le champ de fixation est élargi du côté de la déviation et rétréci du côté opposé. Dans ces cas, il doit s'agir ou d'une anomalie des muscles oculaires, ou d'obstacles qui s'opposent aux mouvements des yeux. Le strabisme vertical ne pourrait avoir aucune autre cause que l'une de ces deux dernières. Quant aux anomalies des muscles, l'auteur a mesuré la largeur du tendon des muscles droits externe et interne chez un certain nombre de ses malades, chez lesquels il a pratiqué la ténotomie ou la ténotomie combinée avec l'avancement du muscle antagoniste. L'auteur appelle *indice* d'un tendon le rapport de sa largeur avec celle du tendon de son antagoniste, exprimé en pour cent; il a trouvé que pour le strabisme convergent, l'indice du droit interne (98 à l'état normal) était descendu au-dessous; tandis que pour le strabisme divergent, le tendon du droit externe était au contraire plus large que celui du droit interne. L'auteur explique pourquoi il croit congénitales et non acquises ces anomalies musculaires, et pourquoi, dans ces cas, l'innervation normale doit produire le strabisme. Cela n'empêche pas le strabisme musculaire de se combiner avec le strabisme accommodatif; de même qu'il faut tenir compte de l'élasticité des muscles oculaires, de la position des centres de rotation, de la longueur des yeux, de leur position dans les orbites, de la forme de celles-ci et de la direction de leurs axes, ainsi que Donders l'avait déjà indiqué.

ROHMER.

Ueber Vorlagerung der Levatorsehne... (De l'avancement du tendon du releveur de la paupière supérieure; procédé de Pagenstecher), par SCHEFFEL (Arch., f. Ophth. XXXVI, n° 4, p. 265).

Dans le but de remédier à l'entropion et au trichiasis, Pagenstecher pratique l'opération suivante, surtout lorsqu'il existe une dégénérescence ou une dégénération du cartilage ou rétraction atrophique de la conjonctive.

L'opérateur, placé à la tête du malade couché, recherche d'abord avec l'index gauche le bord supérieur du tarse; à 1 1/2 millimètre en dessous, il fait sur le milieu de la paupière une petite incision superficielle destinée à noter la position de l'incision principale. On met en place la pince de Desmares, de façon à bien étaler la surface conjonctivale de la paupière. Un aide tient solidement la pince, tandis que l'opérateur fait une incision horizontale au niveau du trait marqué tout à l'heure, incision dont le milieu va jusqu'au tarse et dont les bords n'entament que l'épaisseur de la peau, et cela sur toute la longueur de la paupière. Par l'entre-baillement des lèvres de la plaie, on a un ovale transversal. L'aide abaisse la lèvre inférieure de la plaie avec un écarteur mince, tandis que l'opérateur avec

son index gauche relève la lèvre supérieure, et au fond de la plaie on voit le tissu jaunâtre du tarse. Il s'agit maintenant de mettre à nu le bord supérieur du tarse et surtout le fascia tarso-orbitaire. Dans ce but toutes les fibres de l'orbiculaire qui siègent au niveau de l'incision doivent être libérées et attirées en bas par l'aide, tandis qu'avec l'ongle de l'index l'opérateur attire en haut toutes les fibres situées dans la partie supérieure de la plaie; par de petits coups de bistouri, il libère bien le bord du tarse.

Vient ensuite le temps le plus difficile, qui consiste à placer les sutures. Une aiguille courbe armée d'un assez fort fil de soie est enfoncée au-dessus du bord ciliaire, à travers la peau et le muscle, puis ressort au-dessous de la lèvre inférieure de la plaie; puis, pendant que l'aide relève la lèvre supérieure, l'opérateur saisit avec une forte pince à dents de souris, sur une épaisseur de 3 à 4 millimètres les tissus situés au-dessus du bord tarsien, et soulève ainsi avec force un pli qui renferme le tendon du releveur: l'aiguille est alors conduite à travers le bord supérieur du tarse et à travers toute l'épaisseur du pli. Avant de serrer le fil, deux sutures analogues sont conduites de chaque côté; alors seulement on serre les fils aussi fort que possible, et en ayant soin de bien affronter les lèvres de la plaie cutanée. Pansement, enlèvement des fils du 5 au 6^e jour.

Les particularités de cette opération consistent en ce qu'on n'a enlevé aucun tissu important de la paupière, et en ce qu'elle produit une cicatrice entre les faisceaux de l'orbiculaire, d'une part le faisceau tarso-orbiculaire et la section du releveur, d'autre part; de plus, il s'ensuit une légère séparation de la moitié tarsale de la paupière s'éloignant du bulbe oculaire, car, dans bien des cas, ce ne sont pas les cils, mais le tarse épaissi qui irrite la cornée.

L'expérience roule sur 6 années de pratique pendant lesquelles l'opération a été exécutée 70 fois avec un résultat toujours très satisfaisant.

ROHMER.

Nimnit Hypermetropie durch normales Wachthumale? (L'hypermétropie diminue-t-elle par la croissance normale?) par RANDALL (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, février 1891).

D'après les recherches de l'auteur, et toutes celles faites jusqu'alors, l'hypermétropie diminuerait avec la croissance de l'individu de 2, 5 L à peu près, tandis que la diminution ne serait que de 1 D après la correction de cette amétropie.

ROHMER.

Blendungsscotom, par HAAB (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 17, p. 558, 1^{er} septembre 1890).

Haab a observé 8 cas de scotome dus à la contemplation de la dernière éclipse solaire du 17 juin 1890. L'un de ces malades, un jeune homme, présente au centre de la tache jaune une tache blanc grisâtre, un peu plus grande que la fovea et correspondant exactement à la figure du soleil au moment de l'observation; en effet, cette tache, qui est sphérique, offre une échancrure arrondie correspondant à la lune. On a donc là un optogramme du soleil. Deux des 7 autres malades l'avaient aussi, tandis que les 5 restants n'avaient qu'un scotome central. Le meilleur traitement consiste dans un séjour à l'obscurité

dans un repos absolu. Mais il serait à désirer que la connaissance du danger qu'il y a à fixer directement le soleil, fût plus répandue. La tache grise n'est pas le résultat du réflexe de la fovea, car elle reste immobile quand on imprime des mouvements à l'ophthalmoscope.

J. B.

Répartition géographique du trachome. Immunité relative de la race celte, par CHIBRET (*Annales d'oculistique*, CV, p. 22).

Recherchant les causes de l'immunité du trachome chez certains individus, l'auteur est arrivé à cette conclusion que le virus trachomateux, peu virulent pour la race Celte, perd toute virulence, pour cette race, après un passage sur un Celte. Les arguments sont fournis par la géographie anthropologique, par la clinique et par l'histoire du trachome.

Les Celtes peuplent presque exclusivement les plateaux élevés de la France et de la Belgique; ils sont très nombreux dans la région montagneuse de l'Allemagne; c'est pour cela que dans les pays de montagne le trachome semble perdre sa contagiosité. Si l'on suit l'invasion du trachome en Europe à la suite de la campagne d'Égypte, on voit que les Français ne répandent pas le trachome dans leur propre armée, en revanche il s'étend rapidement en Italie. La Prusse est atteinte après la campagne de 1813, surtout lorsque des corps d'armée italiens arrivent en Prusse, et de là l'affection envahit la Pologne et la Russie. On sait les ravages faits par le trachome en Belgique et dans le pays flamand.

F. DE LAPERSONNE.

I. — Ueber eine neue Behandlungsweise des Trachoms, par von HIPPEL.

II. — *Idem*, par HEISRATH (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 5, p. 133, 2 février 1891).

I. — Von Hippel rappelle d'abord l'insuffisance du traitement médical des granulations conjonctivales. L'efficacité du jéquirity est limitée aux cas chroniques avec granulations dures et pannus épais. Le traitement chirurgical se résume dans les excisions préconisées par Heistrath (*R. S. M.*, XXIV, 356 et 677); mais un opérateur inexpérimenté excise trop de muqueuse d'où résultent une tension et des tiraillements fâcheux pour l'œil; quand l'opération est unilatérale, il peut arriver qu'on diminue trop la hauteur de la paupière, d'où une certaine difformité. Enfin les excisions n'offrent pas une garantie absolue contre les récidives.

Aussi von Hippel a-t-il expérimenté le traitement des frères Keining, consistant dans l'emploi local, énergique, du sublimé au deux millièmes. Sur la paupière en ectropion, cocaïnisée si besoin, on opère des frictions vigoureuses, de dedans en dehors, avec un tampon d'ouate trempé dans la solution. Les follicules durs ont été préalablement ponctionnés et exprimés, le mous éclatent sous les frictions. Sur 12 cas récents, von Hippel a obtenu de cette façon 11 guérisons parfaites; les granulations ont disparu et il ne reste qu'un peu de catarrhe. La durée du traitement a varié de 12 à 47 jours. Sur 15 cas chroniques, il a obtenu 9 fois la répression des granulations dans un temps variable de 18 à 42 jours. En cas de pannus épais, il a obtenu un éclaircissement manifeste et l'amélioration de l'acuité visuelle. Les autres malades sont encore en traitement. Mais la question de récidive est réservée.

II. — Heisrath a eu d'excellents résultats dans plus de 50 cas de granulations conjonctivales traitées par le procédé Keining. Toutefois il conseille d'être prudent, parce que plusieurs fois il a vu la cornée jusque-là saine devenir le siège d'opacités et d'ulcères profonds. (*R. S. M.*, XXII, 718; XXV, 313 et XXXII, 626.) J. B.

Der Mikroorganismus des Trachom... (Le micro-organisme du trachome, etc.)

par NOISZEWSKI (*Centralbl. f. Augenheilk.*, mars 1891).

L'auteur a découvert un micro-organisme composé d'un mycélium, de lymphes et de conidies qu'il assimile au microsporon furfur de Kaposi; le microspore du trachome est composé de filaments et de conidies accumulées en tas très gros, de couleur jaunâtre, et assez espacés les uns des autres. Les conidies sont très petites, jaunâtres. Les filaments n'ont aucune interruption, se divisent en branches et s'entremêlent; ils sont de diverses grosseurs; des gros filaments se détachent une infinité de plus petits, comme les rameaux d'une branche plus grosse.

L'auteur a pu cultiver ce microsporon sur de la gélatine, avec des résultats toujours caractéristiques. Du mycélium partent des lymphes qui mènent partout les spores.

Des inoculations de cultures pures sur la conjonctive du sapin ont donné des résultats positifs.

ROHMER.

Ptosis congenitæ und Mithbewegung des gelähmten Lides (Ptosis congénital et mouvements de la paupière paralysée), par PROSKAUER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, avril 1891).

Peu de cas ont été publiés de ptosis congénital avec mouvement spécial de la paupière paralysée. Chez un malade qui, un mois auparavant, s'était présenté avec une paralysie faciale rhumatismale complète, il existe en même temps un ptosis congénital à gauche et une parésie du muscle droit supérieur du même côté; tandis que le globe oculaire ne peut être que très peu élevé, le patient, dont la fente palpébrale à l'état du repos n'a que 2-3 millimètres, peut l'ouvrir jusqu'à 6 millimètres en faisant un effort. Sitôt qu'il ouvre la bouche, la paupière supérieure se relève, sans qu'aucun autre muscle n'entre en action, et avec une telle régularité qu'on dirait d'un automate. La fente palpébrale s'élargit de 10 millimètres, mais la paupière tombe avant que la bouche ne soit fermée, et n'arrive à sa position de repos que par la fermeture complète des mâchoires. Pendant chaque mouvement de mastication, le mouvement de la paupière se reproduit nettement, moins cependant quand le malade cause.

L'avancement de la mâchoire ou sa déviation à droite produisent le même effet, lequel ne se produit pas quand la mâchoire se dévie à gauche. Le mouvement se produit donc pendant une contraction du ptérigoidien externe ou du ptérigoidien interne gauche, qui entre en action quand la mâchoire se porte en avant et aussi à droite. Il fut impossible de constater si la fermeture de l'autre œil avait une action quelconque, à cause de la paralysie faciale droite.

Les 12 cas semblables observés jusqu'alors peuvent se diviser en deux groupes: ou bien la paupière supérieure était atteinte de ptosis, comme c'était le cas 10 fois; ou bien le ptosis manquait, comme dans les cas de Fuchs et Just.

L'explication donnée par Helmerich et une commission anglaise nom-

mée pour élucider cette question, consiste à dire que l'oculo-moteur reçoit une certaine quantité de fibres qui viennent du noyau du trijumeau ou plutôt du noyau du facial.

ROHMER.

Sur la destruction du sac au thermo-cautère et son extirpation totale dans les fistules et tumeurs lacrymales rebelles, par A. TERSON (*Arch. d'ophthalm.*, XI, n° 7, p. 224).

L'emploi du thermocautère n'est pas seulement excellent dans les vieilles fistules lacrymales, il est encore indiqué dans les anciens catarrhes du sac, surtout si la dacryocystite est sous la dépendance d'une lésion diathésique et infectieuse des fosses nasales, et lorsque les moyens ordinaires n'ont pas réussi.

Le malade était chloroformé, on fait, avec un bistouri, une incision correspondant à toute la hauteur du sac lacrymal, on écarte les lèvres de la plaie et on cautérise, au moyen du couteau à bout olivaire de Panas, tout l'intérieur du sac, aussi bien dans sa partie supérieure que vers l'orifice du canal nasal : pansement à l'iodoforme. Dans quelques cas exceptionnels les voies restent perméables ; mais, le plus souvent, il y a oblitération complète du sac : aussi, ne doit-on pas insister pour faire passer la sonde. L'extirpation de la glande n'est généralement pas nécessaire, car il n'y a pas de larmolement.

Quant à l'extirpation du sac, on ne peut y songer que s'il y a une tumeur lacrymale très volumineuse, mucocèle enkystée, et si la poche n'a pas contracté des adhérences qui exigeraient de trop grand délabrements et rendraient la dissection impossible. L'extirpation pourra être suivie de la cautérisation ignée.

F. DE LAPERSONNE.

Ablation de la glande lacrymale palpébrale, par CHIBRET (*Revue gén. d'ophthalm.* X, n° 1, p. 3).

C. a modifié de la façon suivante l'opération de Wecker : La paupière supérieure étant fortement relevée par un crochet spécial et le regard étant dirigé tout à fait en bas, on incise la conjonctive dans toute la longueur de la glande palpébrale ; une anse de fil attire en bas la lèvre inférieure de la plaie conjonctivale ; une seconde anse de fil passe à travers la glande et l'attire fortement en bas, il est alors facile de la disséquer et de l'exciser.

F. DE LAPERSONNE.

Traitement des blessures de la sclérotique par la suture, par PUECH (*Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 18 mai 1890).

Une jeune fille présentait une blessure de la sclérotique en Y, produite par un éclat de verre. On réunit les bords de cette plaie par quatre points de suture au catgut, embrassant toutes les membranes du globe. Il n'y eut pas de réaction, et trois semaines après le fond de l'œil était bien éclairable, la vision en partie recouvrée ; mais quelques jours plus tard il se produisit un décollement de la rétine qui fut en augmentant.

Les sutures scléroticales, dans les larges plaies de l'œil, ont l'avantage de conserver l'organe, bien que très imparfait pour la vision. Il faut être très réservé sur le pronostic ultérieur, même quand les résultats immédiats sont très satisfaisants, car le décollement de la rétine et des accidents plus graves encore peuvent se produire 8 ou 10 mois après le traumatisme.

F. DE LAPERSONNE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Schuluntersuchungen des kindlichen Nasen-und Rachenraumes an 2238 Kindern mit besonderer Berücksichtigung der Tonsilla pharyngea und der Aproxia nasalis, par R. KAFEMANN (*Danzig*, 1890. *Viertelj. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanit.* juillet 1890 et *Berlin. klin. Woch.*, n° 5, p. 128, 2 février 1891).

Kafemann a examiné, au point de vue des anomalies, le nez et la gorge de 2238 élèves d'une école primaire de Königsberg, comprenant 1100 garçons, 1102 filles et 36 enfants arriérés. Il a constaté une hypertrophie notable de l'amygdale pharyngée chez 7,8 pour cent des garçons et 10,6 pour cent des filles. Un quart de ces enfants étaient en retard au point de vue du développement intellectuel. Parmi les garçons se trouvaient 16 bègues dont 10 avaient l'amygdale pharyngée hypertrophique. L'hypertrophie des amygdales palatines existait chez 131 garçons et 150 filles; des épaissements de la cloison cartilagineuse des fosses nasales chez 191 garçons et 95 filles; une hypertrophie de la muqueuse des cornets moyens chez 6 garçons et 5 filles; celle des cornets inférieurs chez 68 garçons; l'ozène chez 10 garçons et 29 filles.

Dans la classe des enfants arriérés, sur les 15 élèves où il fut possible de pratiquer la rhinoscopie postérieure, 5 présentaient une hypertrophie considérable de l'amygdale pharyngée avec troubles de la parole, de l'ouïe, etc.

J. B.

I. — Angine et méningite à pneumocoques, par H. RENDU et P. BOULLOCHE (*Soc. méd. des hôp.*, 8 mai 1891).

II. — Angine infectieuse ayant donné lieu à la paralysie du nerf phrénique et du pneumo-gastrique, par H. RENDU (*Ibidem*, 22 mai 1891).

III. — Angine à streptocoques : fusée purulente rétropharyngo-œsophagienne s'ouvrant dans la cavité pleurale droite; empyème, mort, par V. HANOT (*Ibidem*, p. 232, 15 mai 1891).

I. — Dans le premier cas il s'agissait d'une jeune femme qui présentait une fièvre intense à début brusque avec céphalalgie, courbature générale, donnant l'idée d'une pneumonie au début. La seule lésion constatable siégeait à la gorge, au voile du palais, piliers et amygdales étaient fortement injectés. Cette femme venait d'un dortoir où trois de ses compagnes avaient eu des pneumonies lobaires ou grippales. La salive de cette femme injectée à une souris amena la mort rapide; le sang était plein de pneumocoques. La fièvre tomba brusquement au troisième jour, s'accompagnant de diaphorèse et de diurèse.

Une malade du service, couchée dans un lit voisin, et atteinte de pharyngite syphilitique contracta peu de jours après une angine aiguë très analogue à celle de la maladie précédente.

Dans un troisième cas il s'agissait d'un homme qui, atteint de bronchite depuis trois semaines, présentait des symptômes de méningite tuberculeuse,

et mourut rapidement dans le coma. A l'autopsie on trouva une méningite suppurée, très étendue, surtout le long de la scissure interhémisphérique et des scissures de Rolando; le pus contenait des pneumocoques. Les poumons présentaient des lésions congestives aux bases, sans trace de tubercule.

Netter fait observer que sur 38 méningites suppurées qu'il a examinées au point de vue bactériologique, 24 étaient dues à des pneumocoques, dont 9 seulement consécutives à une pneumonie. A propos des cas d'angines pneumococciques il admet 2 formes certaines, l'une suppurée, l'autre pseudo-membraneuse; 2 formes douteuses, l'une pelliculaire, l'autre inflammatoire.

Chantemesse a observé, au décours d'une pneumonie, deux jours après la chute de la fièvre, le début de deux arthrites suppurées puis d'une méningite suppurée; l'exsudat de ces trois lésions avait des virulences d'intensité variable.

H. LEROUX.

II. — Une dame de 47 ans est prise le 4 avril d'un mal de gorge d'aspect érythémateux, mais s'accompagnant d'une extrême prostration. Le 6, la dysphagie œsophagienne était très intense, la voix voilée, il y avait de l'œdème sur les côtés du cou. Le 7, la malade fut prise d'une douleur très vive à la base du cou, avec irradiation dans la poitrine. Le 8, elle vomissait une cuillerée de pus phlegmoneux. Après une détente légère revinrent de vives douleurs au cou le long de l'œsophage, puis à la région épigastrique, avec crises paroxystiques. On constata alors les symptômes de la paralysie du diaphragme, avec congestion pulmonaire bilatérale, inégalité et faiblesse du poulx. Le 9, l'arythmie était absolue avec défaillances; état quasi syncopal, frissons, légère cyanose, fièvre vive, vomissements après ingestion de tout liquide.

Après deux jours de cet état le cœur se régularisa; peu à peu le poulmon se décongestionna, la paralysie du pneumogastrique abdominal dura encore quinze jours environ, celle du diaphragme plus de six semaines, et les muscles de tout le corps s'atrophiaient d'une manière très accentuée.

H. L.

III. — Femme de 19 ans prise le 23 février d'une angine avec lassitude générale, anorexie et fièvre, sans autre apparence locale qu'une rougeur érythémateuse du pharynx. Neuf jours après, apparition d'un point de côté, en même temps que persiste la dysphagie, sans modifications appréciables de l'angine. Deux ponctions successives de la plèvre droite amènent du pus, composé exclusivement de streptocoques. On se décide à faire l'empyème, qui au lieu d'amener une détente fébrile, laisse la malade dans le même état, avec des râles diffus dans la poitrine et avec une dysphagie extrême. La mort survient deux mois après le début de la maladie.

L'autopsie révèle de petits foyers purulents amygdaliens qui ont fusé dans le tissu cellulaire rétropharyngien. La traînée purulente se continue jusque dans le médiastin et communique avec l'épanchement pleural.

H. R.

Rachenkrebs. Pharyngotomia subhyoidea... (Cancer primitif du pharynx. Mort sans récidive 9 mois après la pharyngotomie sous-hyoïdienne), par Benno LAQUER (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 43, p. 987, 27 octobre 1890).

Laquer a trouvé dans la littérature 70 cas de tumeurs malignes du pharynx dont 50 cancers et parmi eux 18 cancers primitifs. Il en relate un nouveau cas pour lequel il a pratiqué la pharyngotomie sous-hyoïdienne; c'est la 28^e fois qu'on a eu recours à cette opération.

Homme, âgé de 57 ans, dont le père est mort tuberculeux. Pas d'antécédents morbides jusqu'en juin 1889, où il commence à éprouver dans la gorge

la sensation d'un corps étranger qui le chatouille et le fait tousser : en même temps, sécrétion profuse de salive et de mucus; déglutition accompagnée de douleurs irradiant dans les oreilles et le larynx, au niveau de la pomme d'Adam. Au milieu de juillet, Laquer constate avec le doigt l'existence d'une tumeur sur la paroi postérieure du pharynx. Le malade ne peut plus avaler que des liquides et encore avec beaucoup de douleur; en outre, gêne respiratoire, affaiblissement, lassitude, insomnie et sueurs nocturnes. Légère cyanose de la face. Rien à l'inspection et à la palpation externes. Coloration livide de la muqueuse pharyngée postérieure. Dans les mouvements de déglutition, on voit apparaître une tumeur globuleuse, nettement délimitée, blanchâtre, recouverte de mucosités visqueuses, haute de 1 centimètre, large de 4.

Le toucher fait reconnaître que c'est l'extrémité supérieure d'une tumeur, plus grande qu'un écu, qui descend jusqu'à l'épiglotte, dont elle n'est séparée que par une lisière étroite de muqueuse; cette tumeur adhère complètement à la paroi postérieure du pharynx; elle est immobile, de consistance ferme, lobuleuse, à bords un peu surélevés; sans trace d'ulcération. Aucune adénite. Les douleurs s'opposent aux examens rhinoscopique et laryngoscopique.

Le 9 août 1889, F. Cramer fait comme premier temps opératoire la trachéotomie. Mais la pharyngotomie sous-hyoïdienne est différée de 2 jours à cause de la violente dyspnée occasionnée par une hémorragie trachéale.

La canule ordinaire est remplacée par une canule-tampon qui sort en même temps à l'anesthésie. Incision de 6 centimètres de long, parallèle au bord supérieur de l'hyoïde; section du peaussier et des muscles sterno- et thyro-hyoïdiens, puis de la membrane thyro-hyoïdienne. Ouverture, un peu plus bas, de la muqueuse pharyngienne, à l'aide d'une incision parallèle au bord inférieur de l'hyoïde. L'épiglotte, saisie avec un crochet, est attirée hors de la plaie. Ligature de quelques artérioles qui donnent peu de sang. Incision circulaire de la tumeur, qui n'offre pas d'adhérences; suture de la plaie de la muqueuse. Tamponnement de la cavité avec gaze iodoformée. L'opération a duré un peu plus d'une demi-heure. Guérison apyrétique.

La réunion de la plaie eut lieu par première intention, sauf en un point situé à droite qui donna lieu à une fistule allant obliquement de la corne droite de l'hyoïde au pharynx; en novembre, elle ne laissait plus pénétrer qu'un crayon.

Dès le jour de l'opération, le malade avalait parfaitement les liquides; mais les aliments solides passaient toujours avec plus de peine, ce qu'en l'absence constatée de rétrécissement de l'œsophage, on attribua à l'abaissement du larynx, la distance séparant le thyroïde de l'hyoïde étant à peu près le double de la normale. Le 15 novembre, opération pour obturer la fistule, qui réussit parfaitement. Au microscope, la tumeur offrait la structure alvéolaire caractéristique du carcinome avec prolifération épithéliale et infiltration de petites cellules autour des vaisseaux.

Mort par tuberculose pulmonaire, 9 mois après l'opération, sans trace de récidive locale ni de métastase. Goitre kystique pétrifié descendant jusqu'à la bifurcation de la trachée et comprimant la portion moyenne de l'œsophage.

J. B.

Spasmes chroniques du pharynx (aérophagie hystérique), par L. BOUVERET
(Revue de médecine, 10 février 1891).

Bouveret rapporte sous ce titre l'observation d'une femme de 35 ans hystérique qui, à la suite d'une crise de nerfs, fut prise de mouvements convulsifs du pharynx. Il se produisait ainsi une série de mouvements de déglutition très rapides au nombre de soixante et même davantage par minute, accompagnés d'un bruit de glouglou perçu à distance. Au bout de deux à

trois minutes l'accès cessait pour se reproduire de la même façon quelques instants plus tard. Dans le cours de chacun de ces accès on constatait trois ou quatre éructations inodores très prolongées, qui donnaient issue à l'air dégluti par la malade. Ce qui prouve bien qu'il s'agissait d'une véritable *aérophagie*, c'est que pendant le cours de l'accès l'auscultation de l'œsophage faisait entendre un bruit de glouglou très net, et en même temps la région épigastrique se détendait pour revenir sur elle-même lorsque les éructations se produisaient. Il existait en outre chez cette malade une hyperesthésie pharyngée très intense. Tous ces troubles cessèrent sous l'influence des révulsifs appliqués au-devant du cou, d'une médication antispasmodique et de badigeonnages à la cocaïne au niveau du pharynx. C. GIRAudeau.

Eine einfache Methode der Entfernung von Nasenpolypen (Extirpation des polypes du nez par une méthode simple), par E. KURZ (*Wien. med. Presse*, n° 44, p. 1729, 1890).

Dans deux cas de polypes muqueux volumineux que l'auteur n'avait pas réussi à saisir à l'aide de l'anse métallique, il a employé avec succès le procédé suivant : la sonde de Bellocq étant introduite, on fixe à l'extrémité, dans la bouche, une éponge assez volumineuse pour remplir la cavité nasale ; cette éponge étant attirée d'arrière en avant, entraîne avec elle le polype.

Le même procédé pourrait servir à l'extraction des corps étrangers.

L. GALLIARD.

Die Trichloressigsäure als Ätzmittel (L'acide trichloracétique comme caustique), par RÉTHI (*Wien. med. Presse*, n° 43, p. 1693, 1890).

L'acide trichloracétique a été employé par Réthi chez 68 malades. Il produit dans le nez, malgré la cocaïnisation préalable, des douleurs vives et tenaces ; il impressionne moins péniblement la gorge. Il détermine immédiatement une eschare blanche, épaisse, bien limitée en haut mais ayant tendance à diffuser dans les parties déclives ; cette eschare s'élimine, en moyenne, au bout de 5 jours, après avoir causé une réaction parfois intense et des troubles fonctionnels sérieux. L'auteur n'a pas observé d'hémorragie consécutive.

On ne peut employer l'acide trichloracétique pour le larynx et l'arrière cavité des fosses nasales. Si on lui compare l'acide chromique, on voit que ce dernier détermine des douleurs moins vives, une réaction moins intense et surtout qu'il offre l'avantage d'une action bien circonscrite, facile à maîtriser. L'acide chromique, malgré les difficultés de manipulation plus grandes, est préférable.

L. GALLIARD.

Le traitement des déviations de la cloison nasale, par A. CARTAZ (*Gaz. hebdomadaire*, Paris, 7 février 1891).

Les déviations de la cloison nasale, qui sont loin d'être rares, peuvent être classées en trois variétés : les déviations angulaires, en éperon ; les déviations horizontales, portant sur la partie supérieure ou sur la partie inférieure au voisinage du plancher ; les déviations sigmoïdes, en forme de S. Leur origine est variable, tantôt elles sont congénitales, tantôt elles doivent être rapportées à un traumatisme ou à une diathèse quelconque ; dans quelques cas elles surviendraient sous l'influence de lésions inflammatoires du nez.

Quelques-unes sont justiciables d'un simple traitement, dont le redressement avec les appareils fait tous les frais; mais, le plus souvent, il faut avoir recours à une véritable opération, pour laquelle Blandin, Adam, Bosworth, etc., ont imaginé différents procédés.

Assurément on obtient ainsi des succès, mais aujourd'hui le procédé, qui tend à se substituer aux méthodes sanglantes, est la destruction par l'électrolyse. Cartaz l'a employé de nombreuses fois et les résultats parfaits, qu'il a obtenus, viennent s'ajouter aux succès déjà mentionnés par Miot, Garel, Moure, etc.

OZENNE.

A case of chronic tuberculosis of the nose, tonsils, larynx and trachea, par WHIPHAM et DELÉPINE (*Clin. Soc. Transact., XXII*).

Garçon de 14 ans. Père mort phthisique. Depuis cinq ou six mois, enrrouement, attaques de dyspnée la nuit. Toux légère. Pas d'expectoration. Rien à l'auscultation dans les poumons, sauf un bruit de cornage. Hypertrophie des amygdales; sur la droite, ulcération profonde. Au larynx, tuméfaction de la bande ventriculaire droite, ulcération de la corde droite. Ulcération du vomer et des cornets inférieurs. Volumineuse adénite sous-maxillaire.

Pas d'amélioration par le traitement mercuriel (il n'y avait pas d'antécédents de syphilis). Respiration de plus en plus difficile, qui nécessite la trachéotomie. Malgré l'opération, les attaques de dyspnée se répètent, et dans l'une l'enfant succombe.

A l'autopsie, adhérences de la plèvre à gauche. Pas de tubercules pulmonaires, mais noyaux crétacés aux sommets. Tumeur papillomateuse de la corde vocale droite et ulcération comprenant cette corde, la bande droite et le ventricule. Au-dessous du quatrième anneau trachéal, épaississement de la paroi postérieure formant un rétrécissement prononcé qui s'étend jusqu'à la bronche droite.

L'examen des tissus au niveau des lésions du larynx et de la trachée ne révèle aucun bacille de Koch; la tumeur trachéale est formée de tissu connectif avec tissu lymphoïde et tissu de granulations; présence de cellules géantes; périchondrite des anneaux de la trachée; destruction des glandes muqueuses.

Les auteurs concluent à la nature tuberculeuse des lésions, tuberculose de la forme du lupus. Ils discutent le diagnostic de syphilis et d'autres lésions susceptibles d'amener la sténose et publient un tableau des cas, à peu près similaires, de rétrécissement trachéal. A. CARTAZ.

De l'empyème latent de l'antré d'Highmor, par J.-M. JEANTY (*Thèse de Bordeaux, 1891*).

Après un exposé historique complet des travaux publiés sur ce sujet, Jeanty montre que l'abcès du sinus, tel qu'on le décrivait autrefois, est rare; par contre, que la forme latente est assez fréquente. Cet abcès latent se caractérise par l'hypersécrétion unie ou bilatérale venant faire issue par les narines ou les arrière-fosses nasales, une odeur spéciale de triméthylamine, les douleurs irradiées.

Le diagnostic par l'éclairage électrique n'a rien de certain: pour l'assurer, il faut pratiquer la ponction suivie de lavage par le méat inférieur. Sans cette ponction, on peut laisser passer inaperçus des empyèmes des plus nets. Cette ponction suffira quelquefois pour assurer la guérison. Le traitement de Cooper sera indiqué en cas de lésion dentaire ou d'insuffisance de la ponction.

A. CARTAZ.

Das Empyem der Highmorshöhle..., par C. BLOCH (*Thèse inaugurale de Königsberg et Berlin. klin. Wochens.*, n° 54, 1890).

Étude sur l'abcès du sinus maxillaire. Rien de particulier à relever, en dehors de la statistique suivante : Dans la polyclinique de Michelson, où Bloch a puisé les éléments de son travail, on se sert généralement du procédé de lavage de Cowper, réservant pour certains cas spéciaux les opérations de Mikulicz, de Kuester, et de Krause. Les résultats obtenus sont satisfaisants. Sur 22 malades, 13 ont guéri, 4 sont encore en traitement, 4 n'ont pas été guéris (dont 3 par leur négligence), enfin les renseignements font défaut pour le dernier. (*R. S. M.*, XXXV, 705.)

J. B.

I. — In Sachen der Durchleuchtung der Oberkieferhöhle, par ZIEM (*Berlin. klin. Woch.*, n° 36, p. 819, 8 septembre 1890).

II. — Die Durchleuchtung der Oberkieferhöhle und Stirnhöhle und deren Erkrankungen (Eclairage des sinus maxillaire et frontal), par KARL VOHSEN (*Ibidem*, n° 46, p. 1030, 17 novembre 1890).

III. — Zur Frage der Durchleuchtung der Oberkieferhöhle bei Empyem derselben, par SREBRNY (*Ibidem*, p. 1063).

I. — Ziem met en doute qu'on puisse, à l'aide de l'éclairage de l'antre d'Highmore (*R. S. M.*, XXXV, 705), reconnaître à leurs débuts les abcès de cette cavité, alors que la collection purulente est encore peu abondante.

II. — Vohsen objecte à Ziem d'avoir fait une critique toute théorique, puisqu'il n'a pas essayé l'éclairage du sinus maxillaire. Lui-même a étendu avec profit ce procédé diagnostique aux affections des sinus frontaux.

III. — A lire les observations de Srebrny, il semble que les critiques dirigées par Ziem contre la valeur diagnostique de l'illumination électrique de l'antre d'Highmore soient justifiées dans certains cas. Sur 9 cas d'abcès du sinus maxillaire pour le diagnostic desquels Srebrny a eu recours à ce moyen, 4 fois le côté malade a paru tout aussi éclairé que le sain.

J. B.

I. — Etude sur les abcès des sinus frontaux considérés principalement dans leurs complications orbitaires, leur diagnostic et leur traitement, par GUILLEMAIN (*Arch. d'Ophthalm.*, XI, n° 1 et 2).

II. — Considérations cliniques sur les abcès des sinus frontaux pouvant simuler des lésions indépendantes de la cavité orbitaire, par PANAS (*Bullet. et mém. de la Soc. française d'ophthalm.*, VIII, p. 311, 1890).

I. — Plus fréquents qu'on ne le croit, puisque l'auteur a pu réunir une soixantaine d'observations, les abcès des sinus frontaux reconnaissent pour cause ; 1° les maladies générales prédisposant l'organisme à la supuration, érysipèle, fièvre typhoïde, scarlatine, etc ; 2° les traumatismes et les corps étrangers irritant la muqueuse des sinus ; 3° l'inflammation des fosses nasales.

L'inflammation présente quelquefois au début une marche aiguë et aboutit en deux ou trois semaines à la formation d'un abcès qui s'ouvre à la partie supéro-interne de l'orbite. La marche est d'ordinaire plus lente, c'est ce qui rend quelquefois le diagnostic très difficile. Les symptômes ordinaires sont une petite tumeur résistante siégeant en haut

et en dedans de l'orbite, produisant du gonflement de la paupière, du chemosis, une légère exophtalmie avec déviation de l'œil en dehors et en bas, diplopie : la douleur souvent très intense, est irrégulière, elle dépend de l'écoulement variable par les fosses nasales. Les parois du sinus finissent par se perforer, rarement du côté du crâne, ce qui entraîne la mort par méningite suppurée, plus fréquemment du côté de l'orbite ; dans ce cas, la paroi inférieure forme un séquestre très mince et concave qui s'élimine en totalité après l'incision. L'orifice de communication peut être très petit, situé assez en arrière ; il s'établit alors une fistule persistante qui s'ouvre dans l'angle de l'orbite ; enfin, dans certains cas, il n'y a pas de perforation, mais il existe du côté de l'orbite un abcès circonvoisin (Panas).

On devra distinguer l'abcès du sinus frontal, du phlegmon de l'orbite, de la dacryocystite aiguë avec abcès du sac, de la ténionite ; et lorsque la fistule sera établie, on le distinguera avec soin de la carie orbitaire, de l'ostéo-périostite tuberculeuse ou syphilitique.

Le traitement rationnel est d'ouvrir le sinus frontal pour faciliter l'écoulement du pus. Pour empêcher la formation d'une fistule il faut 1° bourrer la cavité avec la gaze antiseptique ; ce moyen ne réussit pas toujours ; 2° faire le drainage orbitaire ; 3° un moyen préférable encore est le drainage *fronto-nasal* d'après le procédé de Panas.

II. — Le procédé de traitement le plus rationnel est le drainage fronto-nasal. Incision au-dessous de la base du sourcil se réunissant à une incision verticale médiane sur la racine du nez par un angle arrondi. Ce petit lambeau est rejeté en bas et en dehors. La paroi antérieure, mise à nu, est ouverte au moyen du trépan, agrandissement de l'ouverture avec la gouge, excision de la muqueuse ; dans la partie la plus déclive, on aperçoit l'orifice infundibuliforme du sinus qui communique avec le méat moyen par un canal de 10 à 15 millimètres de longueur très étroit et surtout très courbe, ce qui exige un cathéter très courbe, mince et suffisamment malléable, se terminant par un bout olivaire perforé pour recevoir un fil ; ce cathéter a été construit par Collin sur les indications de Panas. On l'introduit dans le sinus ; le manche d'abord en bas est progressivement redressé : lorsque le bec est arrivé au méat moyen, il faut contourner la saillie du cornet, descendre en suivant la cloison jusqu'au plancher des fosses nasales, et sortir par la narine. Un drain à parois résistantes est fixé à l'extrémité, et par une manœuvre inverse est entraîné dans le canal.

F. DE LAPERSONNE.

Paralysie double des crico-aryténoïdiens postérieurs dans un cas d'anévrisme de l'aorte, par A. CARTAZ (Arch. int. de laryng., IV, 4).

Homme de 55 ans, atteint d'anévrisme de l'aorte avec voussure précordiale ; il est pris, après d'assez violents efforts de travail, d'enrouement, puis de dyspnée qui s'accroît rapidement. A l'examen laryngoscopique, paralysie double des crico-aryténoïdiens postérieurs. Pour calmer les accès douloureux d'angine de poitrine, le malade inhalait du chloroforme ; l'examen laryngoscopique put être fait une seconde fois pendant cette anesthésie et fit constater nettement qu'il s'agissait d'une paralysie des crico-aryténoïdiens et non d'une contracture des adducteurs. Mort subite. Autopsie impossible.

A. C.

Klinisches über die Innervation und den Muskelmechanismus des Kehlkopfes, par NEUMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 6, p. 141, 9 février 1891).

Par des expériences sur les animaux, Exner a démontré la double innervation motrice du larynx, effectuée non seulement, comme tout le monde l'admet, par le récurrent, mais aussi par le laryngé supérieur, qui se distribuerait surtout aux constricteurs de la glotte.

Neumann relate deux faits propres à montrer qu'il n'en est pas ainsi chez l'homme :

1° *Paralysie bilatérale des récurrents* avec autopsie. Homme de 35 ans chez lequel la maladie a débuté il y a 4 mois par de l'enrouement. Au laryngoscope, glotte complètement immobile, dans l'attitude cadavérique. Aphonie absolue; c'est aux mouvements d'articulation qu'il fait qu'on comprend seulement le malade. Dans les deux creux sus-claviculaires, grosses tumeurs ganglionnaires. Mort par épuisement 2 mois plus tard. Autopsie : les 2 nerfs récurrents sont englobés dans un conglomérat de ganglions cancéreux, métastases d'un cancer primitif du cæcum. Complètement intact au-dessus des tumeurs ganglionnaires, le récurrent disparaît au sein de celles-ci sans pouvoir en être isolé, puis au-dessous des tumeurs, jusqu'au larynx, il est transformé en un cordon grêle de tissu conjonctif. A l'examen microscopique, aucune fibre des récurrents ne paraît intacte, tandis qu'au contraire aucune de celles des laryngés supérieurs n'est dégénérée. Les muscles glottiques animés par le récurrent sont visiblement atrophiés déjà à l'œil nu. L'atrophie est le plus marquée pour le crico-aryténoïdien postérieur et le moins pour les aryténoïdiens transverses et thyro-aryténoïdiens internes et externes. Quant au crico-thyroïdien antérieur, il ne présente qu'un peu de dégénérescence graisseuse, conséquence de l'inactivité à peu près absolue du larynx depuis plusieurs mois.

2° *Paralysie du nerf laryngé supérieur*. — Homme de 40 ans qui avait tenté de se suicider en se coupant la gorge. La plaie intéressait à droite la membrane thyro-hyoidienne et le tronc du laryngé supérieur. Paralysie de la moitié droite du voile palatin. Intérieur du larynx rempli de salive. Épiglote injectée et immobile pendant la phonation. La corde vocale droite ne se tendait pas aussi énergiquement que la gauche; en même temps elle semblait un peu plus grêle et pendant la phonation restait à un niveau un peu supérieur. Enrouement.

J. B.

An interesting case of aneurym, par MAJOR (*N. York med. journ.*, p. 427, 18 octobre 1890).

Chez un homme de 34 ans atteint d'anévrisme sacciforme de la concavité de l'aorte, l'auteur a pu diagnostiquer la compression du pneumogastrique gauche; il a constaté en effet la paralysie des abducteurs de la corde vocale de ce côté avec spasme des adducteurs, et, du côté opposé, des mouvements spasmodiques effectués spécialement par les adducteurs.

Or, on sait que la compression d'un nerf vague produit la paralysie des abducteurs du même côté et le spasme des adducteurs du côté opposé.

Au contraire, si la compression porte sur le nerf récurrent seulement, les désordres sont unilatéraux, la dyspnée est intermittente, les accidents sont moins graves.

Le tubage du larynx n'a pas soulagé le malade. L'anévrisme s'est rompu dans le médiastin postérieur. La bronche gauche était presque oblitérée.

L. GALLIARD.

Trouble fonctionnel des cordes vocales simulant un spasme des constricteurs de la glotte, par B. FRAENKEL (*Berlin. klin. Woch.*, n° 39, p. 899 et 900, 29 septembre 1890).

En 1878, Fraenkel a publié, sous le nom d'*Action perverse des cordes vocales*, un cas dans lequel, à chaque inspiration, les cordes vocales tremblottaient et prenaient l'attitude de la phonation, tandis qu'à chaque expiration elles se rapprochaient et prenaient l'attitude de la respiration. Jusqu'ici, l'état de ce malade ne s'est pas modifié.

La malade qu'il présente actuellement est une jeune fille de 23 ans, traitée, il y a un an, pour aphonie hystérique; après le traitement, il lui restait encore un peu de parésie de l'aryténoïdien transverse. Il y a 5 mois, la voix a commencé à s'affaiblir de nouveau, en même temps qu'apparaissait un sifflement inspiratoire perceptible à grande distance et beaucoup plus intense la nuit. Au lit, cette femme est obligée de rester assise et ne peut guère dormir, à partir de minuit, crainte d'accès de suffocation.

Au laryngoscope, dans les premiers temps, on constatait à intervalles irréguliers et fugitifs, une dilatation de la glotte au maximum, ce qui permettait d'exclure une paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs. La glotte n'était béante que pour très peu de temps, puis les cordes vocales se rapprochaient rapidement. Au moment de l'inspiration, on notait la forte tension des cordes vocales et leurs vibrations, mais, en arrière, il restait toujours une fente triangulaire analogue à ce qu'on observe durant la phonation quand l'aryténoïdien transverse est paralysé.

Il semblait donc qu'on eût affaire à un spasme des constricteurs glottiques. Mais, au bout de quelques jours, les phénomènes se modifièrent : les cordes vocales s'écartant maintenant à l'expiration pour se rapprocher à l'inspiration. Fraenkel diagnostique donc un nouvel exemple d'action perverse des cordes vocales, s'éloignant seulement du premier, en ce que, quand la glotte se ferme, il subsiste toujours en arrière un petit espace béant triangulaire, caractéristique de la paralysie de l'aryténoïdien transverse. La cocaïne n'a fait qu'augmenter le stridor. La morphine et le bromure de potassium ont donné un peu de sommeil. L'application des courants constants supprime l'aphonie par instants. J. B.

L'intubation du larynx chez les adultes, par F. MASSEI (*Rev. de laryng.* 15 juillet 1891).

Massei a pratiqué le tubage du larynx dans 12 cas différents chez des adultes ; cinq fois pour syphilis, trois fois pour tuberculose, une fois pour pachydermie, une fois pour papillome et deux fois pour des rétrécissements du larynx après trachéotomie préalable.

Dans tous ces cas, les résultats ont été des plus favorables, surtout pour la syphilis ; en peu de temps, les signes d'asphyxie avaient disparu, le larynx était devenu perméable. Dans un cas de tuberculose avec asphyxie imminente, Massei put éviter la trachéotomie et amener la dilatation au point de rendre la respiration à peu près libre.

À noter quelques complications : dans un cas, spasme considérable qui empêcha toute tentative ultérieure de tubage et nécessita la trachéotomie ; dans 2 autres cas, expulsion du tube.

Les conditions essentielles du succès du tubage, chez l'adulte, que la sténose soit aiguë ou chronique, c'est que le rétrécissement permette l'introduction du tube. Les cas les plus favorables sont ceux où l'obstacle est constitué en majeure partie par l'œdème ou l'infiltration de la muqueuse. Les diaphragmes, les masses bourgeonnantes et tout autre obstacle dans la cavité, constituent une contre-indication, à moins de la possibilité de préparer les voies par une opération préliminaire.

A. CARTAZ.

Arthrites aiguës de l'articulation crico-aryténoïdienne, par LACOARRET (*Rev. de laryngol.*, 1^{er} juin 1891).

Après un aperçu historique des rares travaux publiés sur ce sujet, L. montre, par des exemples personnels et empruntés à divers auteurs, que l'arthrite aiguë peut reconnaître des causes multiples.

1° le froid, l'arthrite à frigore, rare (il en cite un cas). L. admet que certains troubles attribués à la parésie musculaire pourraient bien n'être que des variétés d'arthralgie ou d'arthropathies.

2° l'arthrite par propagation, secondaire; la plus fréquente, celle qu'on observe à la suite des inflammations aiguës ou chroniques de la gorge.

3° l'arthrite traumatique.

4° l'arthrite rhumatismale, peu étudiée jusqu'ici.

5° l'arthrite blennorragique, admise par Libermann et Simpson.

6° enfin les arthrites infectieuses, parmi lesquelles la plus importante est celle qui succède à la fièvre typhoïde. L. estime que l'infection débute plus souvent par l'articulation que par le cartilage, et la preuve en est dans les lésions plus avancées en général du côté des articulations et dans la localisation des chondrites à ce niveau.

7° l'arthrite syphilitique.

Les symptômes fonctionnels n'ont rien de caractéristique, ils varient suivant la position d'immobilité donnée à la corde vocale par la lésion articulaire; quant aux symptômes objectifs, on constate avec la rougeur, le gonflement localisé à l'aryténoïde, une immobilité plus ou moins absolue de l'articulation. Le diagnostic est souvent difficile avec une paralysie nerveuse ou myopathique. Parmi les complications, l'œdème, la suppuration ou l'ulcération, enfin le danger de suffocation quand l'arthrite est bilatérale.

A. CARTAZ.

Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio della pericondrite laringea post tifosa, par A. TOTI (*Sperimentale*, XLV, 3).

Travail intéressant sur la question de la périchondrite laryngée typhique, à propos d'un cas survenu chez un garçon de 15 ans. Les symptômes d'asphyxie nécessitèrent la crico-trachéotomie.

Après guérison de la fièvre typhoïde et des symptômes inflammatoires laryngés, on constata que la respiration par les voies normales était impossible; la canule ne pouvait être retirée sans suffocation immédiate. A l'examen laryngoscopique, Toti constata une paralysie des cordes vocales par ankylose crico-aryténoïdienne, surtout du côté gauche.

Toti discute à ce propos la localisation des processus ulcéreux dans la

laryngite typhique, leur origine par infection directe du tissu lymphoïde. D'après lui, la lésion atteint plus fréquemment les aryténoïdes que le cricoïde, pour lequel la chondrite survient surtout par propagation.

Toti signale la concomitance fréquente des lésions pleuro-pulmonaires avec les altérations laryngées. Il recommande, dans les cas où l'ouverture trachéale est nécessaire, de faire de préférence la crico-trachéotomie.

A. CARTAZ.

Trois cas de thyrotomie dans le cancer du larynx, par MOURE (5^e Cong. français chir. Bull. méd., 12 avril 1891).

1^o Femme de 34 ans, présentant une tuméfaction du volume d'une cerise, siégeant sur la bande ventriculaire droite et formée de mamelons rougeâtres, qui offraient un aspect fongueux, mûriforme. Après trachéotomie préalable, thyrotomie et ablation complète de tous les noyaux néoplasiques. Récidive rapide et mort.

2^o Homme de 58 ans; tumeur épithéliale occupant le tiers antérieur de la corde vocale et de la bande ventriculaire gauches; trachéotomie, puis thyrotomie et extirpation du néoplasme. Récidive mortelle peu après l'opération.

3^o Homme de 48 ans; épithélioma intra-laryngé siégeant sur la corde vocale inférieure gauche, le ventricule et presque tout le côté gauche du larynx; trachéotomie, thyrotomie et ablation. Récidive nécessitant une trachéotomie d'urgence 15 mois plus tard, puis ablation du larynx; persistance de la guérison huit mois après.

De l'analyse de ces faits et de ceux qui ont été publiés par différents auteurs, la thyrotomie paraît être une mauvaise opération dans le cancer confirmé du larynx; elle n'est applicable qu'à la période initiale des tumeurs malignes débutant par la partie moyenne des vraies cordes vocales. Toute infiltration de voisinage la contre-indique. OZENNE.

Foreign body in the larynx for thirty-eight years (Corps étranger resté dans le larynx pendant 38 ans), par RAVENEL (*Med. News*, 21 mars 1891).

C'est l'histoire d'une femme de 45 ans qui, à l'âge de 7 ans, avala une plume à écrire qui se fixa dans le larynx. Excepté un peu de douleur, il n'y eut pas d'accidents immédiats : à l'âge de 24 ans la voix devint rauque, avec émaciation, et toux, qui devint chronique. Enfin, à 45 ans, dans un violent accès de toux, cette femme rendit la plume chargée de sels calcaires, et légèrement augmentée de volume.

M.

Le vertige de Ménière et l'émotivité, par PEUGNIEZ et C. FOURNIER (*Revue de médecine*, novembre 1890, mars et avril 1891).

Les auteurs soutiennent l'opinion que le vertige de Ménière n'est pas une maladie de l'oreille, que les lésions ont été trop mal localisées dans cet organe pour entraîner la conviction de ceux qui veulent voir sans idées préconçues. Chez bon nombre de vertigineux de Ménière, il a été impossible de trouver cliniquement des lésions de l'appareil auditif; il en a été de même dans certaines autopsies d'individus atteints de cette maladie et morts d'affections intercurrentes. Les lésions auriculaires, lorsqu'elles existent, ne jouent ici que le rôle banal de causes déterminantes; elles provoquent l'explosion de la maladie que le nervosisme édificait lentement depuis longtemps.

Dans un second chapitre se trouve développée l'idée que le vertige de

Ménière n'est pas une maladie, mais le symptôme d'une affection nerveuse et probablement toujours de la déséquilibration mentale. Dans les quarante observations réunies par les auteurs, se trouvent signalées l'émotivité ou les stigmates à des degrés divers. En somme, les bourdonnements d'oreilles ne sont que des hallucinations de l'ouïe, les vertiges une hallucination de la vue, la titubation une hallucination du sens de l'espace. Le vertige de Ménière ne serait donc qu'un trouble fonctionnel d'origine cérébrale qui permet de ranger ceux qui en sont atteints dans la grande classe des émotifs ou déséquilibrés mentaux. C'est un stigmate psychique à ajouter à la liste de ceux qui caractérisent la dégénérescence mentale.

C. GIRAudeau.

Ueber einige durch Bakterien-Einwanderung... (Lésions consécutives à l'immigration des bactéries dans l'oreille interne), par MOOS (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIV, 3).

1° L'examen des os temporaux de six enfants morts de diphtérie a montré que les lésions produites par cette affection dans le domaine des nerfs auditif et facial et du plexus tympanique doivent être attribuées à la présence des microbes. Ceux-ci avaient pénétré dans l'intérieur de la gaine de Schwann et dans la myéline et se présentaient sous forme de chaînons étendus selon le grand axe du tube nerveux. Les lésions des tubes nerveux avaient amené de plus l'atrophie des cellules nerveuses du ganglion spiral.

2° Dans les mêmes conditions, Moos put observer la formation de nouveaux capillaires dans l'espace périlymphatique des canaux demi-circulaires membraneux. Ces vaisseaux nouveaux prenaient naissance grâce aux bourgeons ou pointes d'accroissance qui se produisaient aux dépens des cellules conjonctives de l'adventice de l'ancienne paroi vasculaire. Sous l'influence des microbes, ces cellules se mettaient à s'accroître et à proliférer pour former de nouveaux capillaires.

ÉD. RETTERER.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1891.

A

Abcès. — Abcès froid de la région sous-hyoïdienne, par DUPLAY. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Des abcès froids ossifluents de l'os coxal dans leurs rapports avec la coxalgie ou pseudo-coxalgie d'origine iliaque, par CASSAIGNEAU. (*Thèse de Bordeaux.*) — Carie costale et abcès froids thoraciques, par BONNEL. (*Thèse de Paris*, 10 juin.) — Sur la marche des abcès froids de la région trochantérienne, par PARMENTIER. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Des abcès chauds. Pathogénie et traitement antiseptique, par ROBERT GARNIER. (*Paris*, 1890, 59 pages.) — Un cas d'abcès gazeux, par LÉVY. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 3 et 4.) — Traitement des abcès chauds sans incision, par PLECHAUD. (5^e Congr. franc. chir. — *Bull. méd.*, 8 avril.) — Traitement des abcès par congestion à l'aide des injections d'éther iodoformé, par PARA. (*Rev. mal. de l'enf.*, mai.) — Traitement des abcès ossifluents volumineux par l'évacuation et l'injection d'éther iodoformé, par ROBSON. (*Brit. med. j.*, 25 avril.)

Abdomen. — Vergetures abdominales chez un étudiant, sans cause appréciable, et occasionnant pendant l'équitation une tension douloureuse, par OPPENHEIMER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 16 février.) — Vergetures abdominales chez un étudiant devenu rapidement obèse par ingestion de bière, par FUERBRINGER. (*Ibidem.*) — Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver. Laparotomie. Guérison, par BERGER. (5^e Cong. franç. Chir., *Bull. méd.*, 15 avril.) — De la conduite à tenir dans les cas de plaies de l'abdomen par coup de couteau, par RICARD. (*Gaz. des hôp.*, 12 mai.) — Emploi du peroxyde d'hydrogène dans la chirurgie abdominale, par NOBLE. (*Med. News*, 11 avril.) — Fibrome de la paroi abdominale, par LEDRU. (5^e Cong. franç. chir., *Bull. méd.*, 15 avril.) — Un cas de tumeur dermoïde de l'ombilic, par GUETERBOCK. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 3 et 4.) — Étude pathogénique et histologique sur une variété d'épithélioma de l'ombilic, par BONVOISIN. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Deux cas de sarcome ramolli, pseudokystique, de l'abdomen, par STILLER. (*Wien. med. Presse*, n° 50, 1890.)

Accouchement. — Étude historique sur les traités d'accouchement de Viardel, Portal et Mausquet de la Motte, par PLACET. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Sur le traité d'accouchement de Philippe Peu, par LEMARIE. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Discussion et décision du comité consultatif supérieur des affaires médicales sur les modifications à apporter dans une nouvelle édition du manuel officiel pour les sages-femmes de Prusse

(*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, 1^{er} supplément, p. 2, avril.) — Améliorations à introduire dans l'enseignement obstétrical en Prusse, par J. VEIT. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 357, 6 avril.) — Maternité de l'hôpital Beaujon, par DEBRABANT. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — La maternité de Sloane, 1^{re} série de 1,000 cas, par MAC LANE. (*Americ. journ. obstet.*, avril.) — Des facteurs passifs de l'accouchement, par BAECKER. (*Arch. f. Gynaek.*, XL, 2.) — Malformations de l'utérus et du vagin au point de vue obstétrical, par PICOT. (*Thèse de Paris*, 20 mai.) — Des rapports du poids du fœtus au poids du placenta, par ZENSTER. (*Thèse de Paris*, 20 mai.) — Choréoptisme, ses applications à l'obstétrique, par FANTON. (*Assoc. franç. Cong. de Limoges*, p. 709.) — Troisième note sur deux cents accouchements sans désinfection interne, par MERMANN. (*Cent. f. Gynaek.*, 16 mai.) — Les soins à donner à la vessie avant et après l'accouchement, par COE. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Des accouchements avec hymen résistant, et insuffisamment perforé, par AHLFELD. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 356, 6 avril.) — Recherches cliniques sur les accouchements avec ou sans examen, par ROSSIER. (*Cent. f. Gynaek.*, 4 avril.) — Présentation du front. Accouchement spontané, durée neuf heures, enfant vivant, couches normales, par HUBERT. (*Arch. de tocol.*, juin.) — Accouchement provoqué au huitième mois pour albuminurie, par CORDES. (*Revue médic., Suisse romande*, XI, 59, janvier.) — De la torsion du cou dans la présentation du sommet, par M. HENRY. (*Ann. de gyn.*, avril.) — Technique de l'accouchement prématuré artificiel, par GRINDA. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Traitement des positions occipito-postérieures, par WORCESTER. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 4 juillet.) — Deux cas de version céphalique dans une présentation de l'épaule, par HOFFMANN. (*Med. News*, 16 mai.) — Cause rare de difficulté et de danger dans la version, par HELME. (*Brit. med. j.*, 13 juin.) — Emploi du forceps sur la tête dernière, par STAEDLER. (*Arch. f. Gynaek.*, XL, 1.) — Résultats de l'expérimentation du forceps de Tarnier, par Alfred GÖNNER. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 février.) — Engagement du bras de l'enfant dans les fœtères du forceps, par DON MILLIKEN. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 27 juin.) — Discussion sur le forceps de Tarnier, par FEHLING, TRAMER, GÖNNER. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 6, p. 171, 15 mars.) — Céliotomie pour rupture de l'utérus pendant le travail, par COE. (*Boston med. j.*, 11 juin.) — Dystocie par obstacles dus au col, par LUGEOL. (*Journ. méd. Bordeaux*, 31 mai.) — Conduite à suivre pour la délivrance, par A. CZEMPIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 janvier.) — Traitement des suites de couches normales, par SCHAUTA. (*Centr. für d. gesam. Therapie*, janvier.) — De l'inertie utérine et de son traitement par le sulfate de quinine; action de ce sel pendant la grossesse, par MAISSE. (*Thèse de Montpellier*.) — Volumineuse entérocele vaginale compliquant la grossesse et l'accouchement, par HIRST. (*Med. News.*, 18 avril.) — Hémorragie pendant le travail, due à une anomalie vasculaire des membranes, par BALLANTYNE. (*Edinb. med. journ.*, mai.) — Tamponnement de l'utérus dans les cas d'hémorragie grave post-partum, par LEWERS. (*Trans. obst. Soc.*, XXXII, p. 356.) — Quelques causes de mort chez les parturientes, hémorragies par adhérences péritonéales, par KUESTNER. (*Zeit. f. Geburts.*, XXI, 2.) — Effets éloignés du traumatisme du cerveau fœtal dans le travail; pourquoi nous sommes droitiers, par GOODALL. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 4 juillet.) — Des ruptures vésico-utérines dans le travail de l'accouchement, par BONNAIRE. (*Arch. de tocol.*, mai.)

Acné. — Examen microscopique d'un cas d'acné varioliforme des membres, par FORDYCE. (*Journ. of cutan. dis.*, avril.) — Nouvelle variété d'éruption

acnéiforme agminée de la face, par HALLOPEAU et CLAISSE. (*Soc. de dermat.*, 4 avril.)

Acromégalie. — Acromégalie, pièces pathologiques, par BURY. (*Manchester path. soc.*, 13 mai.) — Sur l'anatomie pathologique de l'acromégalie, par MARIE et MARINESCO. (*Arch. de méd. expér.*, III, 4.) — Complications oculaires de l'acromégalie, par PINEL-MAISONNEUVE. (*Soc. franç. d'opht.*, 7 mai.) — Un cas d'acromégalie, par PINEL-MAISONNEUVE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 20 mars.)

Actinomycose. — Actinomycose avec tuberculose, par SNOW. (*Brit. med. j.*, 18 juillet.) — De l'actinomycose chez l'homme, en France, par ROUSSEL. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Un cas d'actinomycose de la face, par DARIER et GAUTIER. (*Ann. de dermat.*, II, 6.) — Actinomycose de l'abdomen et de la cuisse, par BRAUN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 355 et 356, 6 avril.)

Addison (Mal. d'). — Maladie d'Addison, par BERGTOLD. (*N. York med. journ.*, 13 juin.) — Mort rapide d'une femme de 20 ans, atteinte de maladie d'Addison, traitée par la tuberculine, par L. WEBER. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 303, 23 mars.)

Adénome. — De l'adénome sébacé, par CASPARY. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 3.)

Aimant. — L'aimant utilisé comme moyen de diagnostic en chirurgie, par W. SACHS. (*Deutsche med. Woch.*, n° 6.)

Ainhum. — Ainhum sur la côte ouest de l'Afrique, par DIGBY. (*Brit. med. j.*, 20 juin.)

Air. — De l'examen des substances organiques de l'air, par NÉKAM. (*Arch. f. Hyg. XI et Hygienische Rundschau*, I, 293, 15 avril.)

Albumine. — De la décomposition de l'albumine chez l'homme affamé, par PRAUSNITZ. (*Münch. med. Woch.*, 5 mai.) — De l'influence des hydrates de carbone sur la destruction des albumines, par CARL VOIT. (*Münch. med. Woch.*, 10 mars.) — Myosine-peptone, par CHITTENDEN et GOODWIN. (*Journ. of phys.*, XII, 1.) — Méthode de recherche des peptones et nouveau procédé de dosage des albuminoïdes, par DEVOTO. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 2.)

Albuminurie. — Albuminurie, étiologie et pronostic, par JACKSON. (*Boston med. journ.*, 14 mai.) — La signification de l'albuminurie cyclique, par BRAMANN. (*N. York med. journ.*, 4 juillet.) — La question de l'albuminurie physiologique, par MALFATTI. (*Wiener klin. Woch.*, 11 juin.) — De l'albuminurie passagère dite physiologique, étudiée au point de vue de la santé et des assurances sur la vie, par MILLARD. (*Ibid.*, 9 mai.) — L'albuminurie chez les gens en apparence bien portants, par DAVIS. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 13 juin.) — Albuminurie et traumatisme, par WEISS. (*Rev. méd. de l'Est*, 3.) — Albuminurie dans la grossesse, par WENNING. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Pathogénie de l'albuminurie (diminution de la pression artérielle) basée sur l'albuminurie expérimentale par compression du thorax chez les lapins, par SCHREIBER, LICHTHEIM et NAUWERCK. (*Berlin. klin. Wochens.*, 23 février.) — De l'albuminurie, par GAUBE. (*Soc. de biol.*, 30 mai.)

Alcool. — Analyse de l'alcool au point de vue hygiénique, par SCLAVO (Rome.) — Le cognac, les éléments de sa préparation, ses manipulations commerciales, et ses imitations, par Eug. SELL. (*Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte VI et Hygienische Rundschau*, I, p. 25.) — De l'analyse des alcools dénaturés, par Karl VINDISCH. (*Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte VI et Hygienische Rundschau*, I, p. 27.) — L'alcool est un imposteur, par MÖLLER. (*Mouvement hygiénique*, VII, 10.) — L'action des alcools et des aldéhydes sur les substances protéiques, par BRUNTON et MARTIN. (*Journ. of phys.*, XII, 1.) — Analyses de treize essences du commerce destinées à renforcer des boissons spiritueuses ou à préparer artificiellement de l'eau-de-vie et du cognac, par Ed. POLENSKE. (*Arbeiten aus d. Kaiserl. Gesund.*, VI et *Hygienische Rundschau*, I, 74.) —

Alcoolisme. — Délire alcoolique, signes et traitement, par LANCEREAUX. (*Bull. méd.*, 19 juillet.) — Intoxication chronique par les boissons contenant des essences, par LANCEREAUX. (*Ibid.*, 15 avril.) — Alcoolisme chronique avec dissociation de la sensibilité et panaris analgésiques superficiels, par LEMOINE. (*Lyon méd.*, 21 juin.) — Étude de l'alcoolisme, recherches sur l'un des éléments épileptisants du vulnéraire, l'essence de sauge, par CADÉAC et MEUNIER. (*Soc. de biol.*, 11 avril.) — L'alcoolisme et l'absinthisme héréditaires, par LANCEREAUX. (*Bull. méd.*, 24 mai.) — Alcoolisme, coma alcoolique, responsabilité légale des alcooliques, par ROYER-COLLARD. (*Thèse de Bordeaux.*) — Mesure de la puissance musculaire dans l'alcoolisme aigu, par GRÉHANT et QUINQUAUD. (*Soc. de biol.*, 30 mai.) — De l'intoxication par le vulnéraire; preuves des propriétés épileptisantes de l'essence d'hysope, par CADÉAC et MEUNIER. (*Soc. de biol.*, 18 avril.) — Étude physiologique de l'intoxication par le vulnéraire; évaluation des forces épileptogènes contenues dans cette boisson alcoolique, par CADÉAC et MEUNIER. (*Soc. de biol.*, 6 juin.) — L'alcoolisme et l'absinthisme héréditaires, désordres matériels, par LANCEREAUX. (*Bull. méd.*, 27 mai.) — De l'alcoolisme et de la paralysie générale dans leurs rapports réciproques par ROQUES. (*Thèse de Paris*, 18 juin.) — Étiologie de l'alcoolisme, par MASON. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 2 mai.)

Aliénation. — La médecine légale des aliénés aux États-Unis d'Amérique, par PARANT. (*Ann. méd. psych.*, juillet.) — Statistique des asiles d'aliénés suisses, en 1889, par F. FETSCHERIN. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aertze*, 15 février.) — La curatelle judiciaire pour les aliénés et la procédure d'interdiction, par R. SCHROETER. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, janvier.) — L'activité psychique inconsciente dans la pathologie mentale, par DE SARLO. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 1 et 2.) — Les troubles psychiques des dégénérés héréditaires, par VOISIN. (*Gaz. des hôp.*, 21 avril.) — Sur la loi de régression dans la démence, par SZYSGAL. (*Thèse de Paris*, 5 mai.) — La médecine légale des aliénés en Italie, par MOREAU (de Tours). (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Étude sur les maladies cérébrales et mentales, par COTARD. (In-8°, 443 pages, Paris.) — Sur l'influence des maladies infectieuses aiguës, sur le développement de la folie, par GLOVER. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — La division des maladies mentales la plus usitée actuellement, par DORNBLUTH. (*Münch. med. Woch.*, p. 385, 2 juin.) — De la faculté arithmétique, son dérangement dans l'imbécillité et la folie, par IRELAND. (*Journ. of ment. sc.*, juillet.) — Prichard et Symonds dans leurs rapports avec la science mentale, par HACK TUKE. (*Ibid.*, juillet.) — Des désordres gastro-intestinaux et hépatiques dans leurs rapports avec l'étiologie de quelques cas de folie, par AYRES. (*Med. News*, 4 juillet.) — Neurasthénie tardive, idées obsédantes, ramollissement cérébral, par SÉGLAS. (*Ann.*

méd. psych., juillet.) — L'aliénation mentale chez les dégénérés psychiques, par DAGONET. (*Ibid.*, juillet.) — Aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux, par PACTET. (*Thèse de Paris*, 11 juin.) — Des aliénés criminels, par ALLAMAN. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Les aliénés dits criminels, par MARANDON DE MONTYEL. (*Soc. méd. psych.*, 23 février.) — Étude de la folie gémellaire, par OSTERMAYER. (*Arch. f. Psych.*, XXIII, 1.) — Sur le mécanisme de quelques néologismes des aliénés, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 20 juin.) — Étude clinique des néologismes chez les aliénés, par LEFÈVRE. (*Thèse de Paris*, 18 juin.) — Délire systématisé chez les dégénérés, par MAGNAN. (*Union médicale*, 17 janvier.) — De la mélancolie simple et de son traitement, par RICHARDSON. (*Med. News*, 20 juin.) — Diagnostic de la mélancolie au début, par BURNETT. (*N. York med. journ.*, 2 mai.) — Sur la mélancolie sénile chez la femme, par TOULOUSE. (*Thèse de Paris*, 2 juillet.) — Accès de lypémanie suicide, guéri par l'apparition d'un érysipèle de la face, par SZCZYPORSKI. (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Délire aigu, étiologie, pathologie, modifications climatiques, par SPRATLING. (*Med. News*, 23 mai.) — Une quasi épidémie de suicide par pendaison, par LIEGEY. (*Soc. de méd. lég.*, 8 juin.) — Des lésions de l'oreille chez les aliénés, par CLAIR. (*Thèse de Lyon*, 13 février.) — Pathologie de la mort subite dans la manie, par WHITWELL. (*Journ. of ment. sc.*, juillet.) — Emploi de l'antipyrine dans les maladies mentales, par BERARDUCCI et AGOSTINI. (*Archiv. ital. p. mal. nervose*, 1 et 2.) — De l'emploi de l'hyoscine chez les aliénés, par LODGE. (*Thèse de Paris*, 11 juillet.) — Sur le sulfonal chez les aliénés, par ROUBINOVITCH. (*Progrès médical*, 28 février.) — Emploi du somnal chez les aliénés, par SCHUBER. (*Wiener klin. Woch.*, 28 mai.) — Étude des effets hypnotiques de l'hyosciamine chez les aliénés, par BAQUIE. (*Thèse de Paris*, 9 juillet.)

Aliment. — Les régimes de Gosse. Expériences sur la digestibilité des aliments faites à Genève en 1760, par DESCHAMPS. (*Bull. de thérap.*, 30 avril.) — Valeur nutritive des préparations de bœuf, par CHITTENDEN. (*Med. news*, 27 juin.) — Des falsifications alimentaires, par SCHAER. (*Corresp. Blatt. f., schweizer Aerzte*, n° 3, 1^{er} février.)

Allaitement. — Influence des maladies aiguës sur l'allaitement, par NISCHEZ. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Sur l'allaitement, par PINEAU. (*Thèse de Paris*, 21 mai.)

Amnios. — Pathogénie de l'hydramnios, par DARNIS. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.)

Amputation. — Sur deux cas d'amputation congénitale de l'avant-bras sans autre malformation, par TOURNIER. (*Rev. d'orthop.*, 1^{er} juillet.) — Amputation ostéodermoplastique du pied, par SCHINZINGER. (*Wien. med. Presse*, n° 42, 1890.) — Amputation dermoplastique du pied, par BOGDANIK. (*Ibid.*, n° 42, 1890.)

Amygdale. — L'infection amygdalienne subaiguë prolongée par LE GENDRE. (*Concours méd.*, 28 mars.) — L'étiologie de l'amygdalite suppurée, son traitement chirurgical, par CLARENCE RICE. (*N. York med. record*, 31 janv.) — Abscès péritonsillaire, chez un enfant de 3 ans et demi, hémorragie, ligature de la carotide primitive, guérison, par DUNN. (*University med. magaz.*, mai.) — Traitement de l'amygdalite aiguë par la scarification et le massage, par DEBEAUX. (*Thèse de Montpellier*.) — Hypertrophie chronique des amygdales chez les enfants, par HARE. (*Med. and surg. Reporter*, 14 fév.) — Déformations thoraciques dues à l'hypertrophie des amygdales,

par PHOCAS. (*Gaz. des hôp.*, 26 mai.) — Quatre observations de chancre syphilitique de l'amygdale, par SZADEK. (*Rev. de laryng.*, 1^{er} avril.) — Polype fibreux de l'amygdale développé pendant la grossesse, par LEFOUR. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 avril.) — Lymphadénome de l'amygdale, par LENNOX BROWNE. (*Journ. of laryng.*, p. 293, juillet.)

Anatomie. — Relations réciproques des segments du membre inférieur dans leur orientation, par JABOULAY. (*Province méd.*, 27 juin.) — Théorie de l'évolution des vertébrés à sang chaud, par WHITE. (*Journ. of anat.*, avril.) — Injections de métal fusible, par CATHCART. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Quelques applications de cette méthode, par MILES. (*Ibid.*).

Anémie. — Anémie pernicieuse, guérison, par HANDFORD. (*Brit. med. j.*, 27 juin.) — Pathologie et pronostic de l'anémie pernicieuse, par WHITE. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVII, p. 149.) — Sur la régénération sanguine dans l'anémie, par MYA. (*Sperimentale*, 31 mai.) — Étude du souffle anémique du cœur, par PULLÉ. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 1.) — Sur l'état du sang dans la chloro-anémie, par LINSBECK. (*Prag. med. Woch.*, 11 mars.) Anémie grave de nature vermineuse, ankylostomiasse probable, par MORIENVAL. (*Gaz. méd.*, Picardie, juin.) — L'anémie par ankylostomiasse sur le territoire de Bologne, par MAZZOTTI. (*Soc. med. chir. di Bologna*, 15 mai.) — Traitement de l'anémie par les petites émissions sanguines et la sudation, par SCHUBERT. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 355, 6 avril.)

Anesthésie. — Discussion sur les anesthésiques, par BUCHANAN, CAMERON, CLARK, etc. (*Glasgow med. journ.*, janv.) — Sur l'administration du protoxyde d'azote, par EDGELOW. (*Lancet*, 30 mai.) — De l'anesthésie par le bromure d'éthyle, par KAUFMANN. (*Correspondenz. Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 6, p. 181, 15 mars.) — Emploi de l'anesthésie par le bromure d'éthyle dans la pratique chirurgicale, par KOLLIKER. (*Cent. f. Chir.*, 30 mai.) — Un mot sur le chlorure d'éthyle comme anesthésique local, par MONTFORT. (*Gaz. hebdomadaire Paris*, 2 mai.) — Les méthodes employées pour obtenir l'anesthésie au moyen de la cocaïne, par DELEPOSTE. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — La cocaïne dans les opérations sur la bouche, par COMBE. (*5^e Cong. franç. chir.* — *Bull. méd.*, 12 avril.) — L'administration de l'éther dans les opérations qui demandent la position sur le ventre, par SHEPPARD. (*Brit. med. j.*, 11 juillet.) — Étude du pouls dans l'anesthésie par l'éther et le chloroforme, par HOLZ. (*Beit. zur Chir.*, VII.) — Des anesthésiques et en particulier du bromure d'éthyle, par ABONIG. (*Wiener klinik*, 1.) — Chloroforme ou éther, par LAWRIE. (*Brit. med. j.*, 13 juin.) — Ether ou chloroforme ? par C. GARRÉ. (*Münch. med. Woch.*, 17 fév.) — L'éther est-il préférable au chloroforme ? par JULLIARD. (*Gaz. méd. chir., Toulouse*, 20 avril.) — Influence du chloroforme sur le protoplasma, par FOKKER. (*Fortschritte der Medizin*, n° 3, p. 93.) — Dangers de l'administration du chloroforme à la lumière du gaz, par AMIDON. (*N. York acad. of med.*, 9 mars.) — Les accidents de la chloroformisation, par LABORDE. (*Bull. acad. méd.*, 2 juin.) — Sur un cas de syncope respiratoire et cardiaque pendant le sommeil chloroformique, par FAUCON. (*Journ. sc. méd., Lille*, 15 mai.) — Mort par l'éther, par MC. WHARMELL. (*Brit. med. j.*, 9 mai.) — Mort par le chloroforme, par KINGDON. (*Lancet*, 11 juillet.) — De l'anesthésie cutanée et musculaire généralisée dans ses rapports avec le sommeil et avec les troubles du mouvement, par RAYMOND. (*Rev. de méd.*, mai.) — Observation d'anesthésie partielle (syringomyélie), par SCHLESINGER. (*Wiener med. Wochen.*, n° 10.)

Anévrisme. — Dilatation anévrismatique de la crosse aortique, compression de la trachée, fistule aortico-trachéale, par THIROLOIX. (*Soc. anat.*, mars.)

— Anévrisme de l'aorte consécutif à un coup de pied de cheval, par BRETON. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Anévrisme de l'aorte, par KRÖNIG. (*Deutsche med. Woch.*, n° 11.) — Respiration de Cheyne-Stokes et état remarquable du poulx chez un malade atteint d'anévrisme de l'aorte, par ARNIM HUBERT. (*D. Arch. f. klin. Med.*, p. 18.) — Anévrisme de l'artère splénique, par JOURDAN. (*Soc. anat.*, Paris, 22 mai.) — Traitement de l'anévrisme aortique par l'iodure de potassium, par BALFOUR. (*Brit. med. journ.*, 6 juin.) — Quelques cas d'anévrismes chirurgicaux observés à l'hôpital de Brest, par GLÉRANT. (*Thèse de Bordeaux.*) — Traitement opératoire de l'anévrisme de la première portion de la sous-clavière, par BRYANT. (*N. York med. record*, 14 mars.) — Anévrismes de la main, par SALMON. (*Thèse de Paris*, 11 juin.) — Anévrisme poplité chez un jeune homme de 17 ans, par NORTON. (*London clin. Soc.*, 10 avril.) — Anévrisme inguinal énorme et enflammé. Extirpation. Réunion primitive presque complète. Guérison, par BAZY. (*Progrès médical*, 25 avril.)

Angine. — Un cas d'angine de Ludwig, par JONES. (*Lancet*, 6 juin.) — Angine infectieuse ayant donné lieu à la paralysie du nerf phrénique et du pneumogastrique, par RENDU. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 mai.) — Deux cas d'injection pneumococcique à localisation particulière (angine et méningite à pneumocoques, par RENDU et BOULLOCHÉ. (*Soc. médicale des hôpitaux*, 14 mai.) — Angine œdémateuse suraiguë consécutive à une éruption salolée de cause interne, par MOREL-LAVALLÉE. (*Arch. de laryng.*, IV, 3.) — Angine phlegmoneuse et salol, par SAINT-PHILIPPE. (*Soc. de méd.*, Bordeaux, 16 juin.) — De l'angine herpétique et du zona bucco-pharyngien, par POUZIN. (*Paris méd.*, 14 mars.)

Anthrax. — Métastases purulentes de l'anthrax, par THIÉRY et BERETTA. (*Cong. franç. chir. — Bulletin méd.*, 4 avril.)

Antisepsie. — Des antiseptiques, par CORSON. (*Journ. amer. med. assoc.*, 30 mai.) — Les nouveaux antiseptiques, les naphthols, par EGASSE. (*Bull. de thér.*, 15 mai.) — De l'asepsie et de l'antisepsie opératoires, par GROSS. (*Revue méd. de l'Est*, 4.) — De l'antisepsie dans la chirurgie à la campagne, par CHAINTRE. (*Gaz. hebdomadaire Paris*, avril.)

Anus. — Anus anormal et fistules intestinales, par REEVES. (*Lancet*, 16 mai.) — Symptômes et traitement des fissures intolérantes de l'anus, par DUPLAY. (*Gaz. des hôp.*, 23 avril.) — Procédé de colotomie inguinale, par PAUL. (*Brit. med. j.*, 18 juillet.) — Traitement chirurgical de l'anus contre nature iléo-vaginal, par BRENNER. (*Wiener klin. Woch.*, 1.) — Des indications de la méthode de Little au point de vue des succès opératoires. Cinq observations, quatre guérisons, un décès, par DEMMLER. (*Progrès médical*, 2 mai.) — Trois cas d'imperforation anale opérés avec succès, par BROCA. (*Rev. mal. de l'enf.*, juillet.) — Dilatateur anal, par REYNIER. (*Bullet. Soc. de chirurgie*, XVII, p. 248.)

Aorte. — Développement des aortes postérieures chez l'embryon de poulet, par VIALLETON. (*Soc. de biol.*, 30 mai.) — Rupture intra-péricardique de l'aorte, par FESTAL. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 avril.) — Étude des maladies de l'aorte par l'auscultation rétro-sternale, par BOY-TEISSIER. (*Semaine méd.*, 13 juin.) — L'étroitesse congénitale du système aortique, par ORTNER. (*Soc. des méd. de Vienne*, 19 décembre 1890.)

Appareil. — Un spéculum tenant tout seul en place pour opérations dans le décubitus dorsal, par G. EDEBOHLS. (*N. York med. record*, 7 mars.) —

Appareil pour produire de l'eau distillée stérilisée, par SOREL. (*Bullet. soc. de chirurgie*, XVI, p. 117.) — Nouveaux appareils à contention, par MALASSEZ. (*Arch. de méd. exp.*, III, 3.) — Abaisse-langue injecteur de Leplanquais, par E. REVILLIOD. (*Revue médic., Suisse romande*, XI, p. 61.) — De l'emplâtre de zinc dans la confection des appareils, par CORDUA et GLUM. (*Wien. med. Presse*, n° 1, p. 5.)

Artère. — Rupture traumatique de l'artère fémorale, par DOYON. (*Lyon méd.*, 31 mai.) — Rupture de l'artère méningée moyenne sans fracture, ligature de la carotide primitive pour hémorragie secondaire, par RANSOHOFF. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 1.) — Effets de l'artério-sclérose sur le système nerveux central, par PRESTON. — Examen ophtalmoscopique, par FRIENDENWALD. (*Journ. amer. med. Assoc.*, 2 mai.) — Disposition particulière de l'artère sous-clavière et de ses branches, par SHERRILL. (*N. York med. journ.*, 20 juin.) — Anomalie de l'artère sous-clavière droite, par BOTHEZAT et CHATINIÈRE. (*Montpellier méd.*, 1^{er} mai.) — Veines jugulaires superficielles anormales, anomalie du tronc artériel thyro-cervical, par DUVAL. (*Soc. anat. Paris*, 3 avril.) — Anomalies de l'artère humérale et du nerf médian par BOUCHARD. (*Journ. méd., Bordeaux*, 3 mai.)

Articulation. — Sur l'articulation radio-carpienne, par SHEPHERD. (*Journ. of anat.*, avril.) — Ligaments coraco-claviculaires, par BELLINI. (*Soc. anat.*, 27 mars.) — Sur un ligament non décrit de l'articulation coxo-fémorale, par BELLINI. (*Ibid.*, mai.) — Arthrite à pneumocoque au cours d'une pneumonie, arthrotomie, par MACAIGNE. (*Soc. anat. Paris*, 19 juin.) — Ecrasement du coude par des tampons de wagons, par RAGUENEAU. (*Normandie méd.*, 1^{er} mai.) — Des fractures épiphysaires par tentatives de redressement dans les tumeurs blanches, par ISCOVESCO. (5^e *Cong. franç. chir.* — *Bull. méd.*, 13 mai.) — Du pied creux dans la tuberculose du genou, par AUDRY. (*Lyon méd.*, 14 juin.) — Moyen d'obvier au raccourcissement dans les affections de la hanche, par JUDSON. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 11 avril.) — Sur les pseudo-coxalgies dépendant d'une différence de longueur des deux membres inférieurs, par MÉNARD. (*Thèse de Paris*, 25 juin.) — Des ruptures du ligament rotulien, par HAMON. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du traitement de l'entorse par le massage, par CASTEX. (*Thèse de Montpellier.*) — Tumeurs blanches multiples traitées par des injections intra-articulaires d'huile iodoformée, par BOURSIER. (*Journ. méd., Bordeaux*, 17 mai.) — Traitement de la péri-arthrite scapulo-humérale et des troubles trophiques qui l'accompagnent, par DESPLATS. (*Journ. sc. méd., Lille*, 20 mars.) — Des injections antiseptiques dans les arthrites aiguës et chroniques du genou, par TACHARD. (5^e *Cong. franç. chir.* — *Bull. méd.*, 13 mai.) — Arthrotomie et arthrectomie, par PICQUÉ. (*Bullet. soc. de chirurgie*, XVII, p. 94.) — De l'arthrodèse, par KIRMISSON. (*Bull. méd.*, 21 juin.) — Arthrectomie du cou-de-pied, par BRUNS. (*Münch. med. Woch.*, p. 415, 16 juin.) — Arthrectomie du genou, par SONNENBURG. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 268, 9 mars.) — Ostéotomie cunéiforme pour ankylose du genou à angle droit, par SONNENBURG. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 268, 9 mars.) — Sarcome diffus de la capsule articulaire du genou, par GARRÉ. (*Beiträge zur klin. Chir.*, VII, 1.)

Asthme. — De l'asthme réflexe d'origine nasale et gastro-intestinale, par BAYER. (*Rev. de laryngol.*, 15 juin.) — Rapports de l'asthme et des autres maladies, par WEST. (*Practitioner*, mars.) — Prévention de l'asthme des foins, par RIXA. (*Americ. Lancet*, fév.) — Le traitement de l'asthme spasmodique, par JENKINS. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 23 mai.)

Astigmatisme. — De la correction astigmatique, par MARTIN. (*Ann. d'ocul.*, mars.)

Auscultation. — La pectoriloquie aphone, caractères, valeur séméiotique, par SARDA. (*Montpellier méd.*, 1^{er} juillet.) — Valeur de la percussion auscultatrice comme procédé de diagnostic, par JACKSON. (*N. York med. journ.*, 20 juin.)

Avortement. — De l'avortement habituel, par NAPIER. (*Trans. obst. soc.*, XXXII, p. 389.) — De l'avortement à répétition et des moyens d'y remédier, par SCHUHL. (*Ann. de gynéc.*, mai.) — Hémiplegie consécutive à l'avortement, par FENWICK. (*Americ. journ. of obst.*, avril.) — Conduite à tenir pendant la délivrance dans l'avortement, par BOURGOGNE. (*Thèse de Paris*, 1^{er} juillet.) — Traitement de la cavité utérine dans les avortements, par CROWELL. (*Med. News.*, 25 avril.) — De l'avortement au point de vue médical et médico-légal, par ROBY. (*Thèse de Montpellier*.)

B

Bactériologie. — Les bactéries et leurs produits, par WOODHEAD. (*In-12, Londres.*) — Les virus, par ARLOING. (*In-8°, 380 pages, Paris.*) — Des causes d'erreurs dans la recherche des bacilles, par O. ROSENBAACH. (*Deut. med. Woch.*, 26 mars.) — Des moisissures parasitaires de l'homme et des animaux supérieurs, par DUBREUILH. (*Arch. de méd. exp.*, III, 3.) — Sur la question de la structure des bactéries, par PROTOPOPOFF. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 5.) — Série de recherches sur la genèse des micro-organismes, par VON SCHRÖN. (*Giorn. Assoc. Napolet. di med.*, II, 1.) — Sur la morphologie de la cellule bactérienne, par STRAUS. (*Progrès méd.*, 30 mai.) — Action des bactéries mortes sur l'organisme vivant, par PRUDDEN. (*N. York med. journ.*, 6 juin.) — De l'influence de quelques variations du terrain organique sur l'action des microbes pyogènes, par HERMAN. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 4.) — Du sort des spores de microbes dans l'organisme animal, par TRAPEZNIKOFF. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 6.) — Indications fournies au diagnostic et au traitement des suppurations par les recherches bactériologiques, par VERNEUIL. (5^e Cong. franç. chir. *Bull. méd.*, 4 avril.) — Contribution à l'étude des cils des bactéries et proposition d'une nouvelle classification basée dessus, par M. MESSEA. (*Rivist. d'igiene e sanita public.*, 1^{re} année, et *Hygien. Rundschau*, I, 297.) — Action des toxines sur un microbe, par GUIGNARD et CHARRIN. (*Soc. de biol.*, 18 juillet.) — Méthode de coloration des bacilles, par GARDINER. (*Med. News*, 13 juin.) — Rapports des bactéries avec la chirurgie pratique, par ROBERTS. (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 11 avril.) — La fonction pathogénique des microbes lumineux. (*Rev. scientif.*, 18 avril.) — Les bacilles phosphorescents, par BAYERINCK. (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, Amsterdam, 1890.) — Remarques critiques sur le travail de Behring et Nissen touchant les propriétés bactéricides de divers sérums sanguins, par H. BUCHNER. (*Zeitschr. f. Hyg.* IX et *Hygienische Rundschau*, I, 9.) — Étude chimique des bactéries, par LOEW. (*Cent. f. Bakt.*, IX, 20.) — Les acides lactiques isomères comme moyen de reconnaître certaines espèces microbiennes, par NENCKI. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 5.) — Sur l'action pathogène

du bacille lactique, par WURTZ et LEUDET. (*Arch. de méd. exp.*, III, 4.) — Recherches sur la dégénérescence des bactéries pathogènes dans l'eau distillée, par CURT BRAEM. (*Beit. z. path. Anat.*, VII, I, p. 11.) — Sur les fermentations produites par un microbe anaérobie de l'eau, par PERDRIX. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 5.) — Etude sur les germes de micro-organismes contenus dans la neige des hautes montagnes, par GIACOSA. (*Giornale Accad. di medic.*, Torino, novembre 1890.) — Sur une maladie parasitaire de l'homme transmissible au lapin, par DU CAZAL et VAILLARD. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 6.) — Notes sur le bacille de la mastite, par MACFADYEN. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Nouvelles contributions à la connaissance des bactéries de la putréfaction, par HORFA. (*Münch. med. Woch.*, 7 avril.) — Sur un bacille trouvé dans un cas de septicémie hémorragique présentant certains caractères du typhus exanthématique, par BABES et OPRESCU. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 5.) — Des caractères biologiques et pathogéniques du bacillus pyogenes fœtidus, par BURCI. (*Ann. de microg.*, juin.) — Recherches chimiques et physiologiques sur les sécrétions microbiennes; transformation et élimination de la matière organique par le bacille pyocyanique, par ARNAUD et CHARRIN. (*Acad. des sciences*, 19 mai.) — Recherches sur le passage des microorganismes, et en particulier du pneumocoque de la mère à l'enfant par le lait, par AYMARD. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Deux cas d'infection pneumococcique à localisation particulière, angine et méningite à pneumocoques, par RENDU et BOULOCHE. (*Gaz. des hôp.*, 2 juin.) — Nouveau procédé de coloration pour le bacille de la lèpre et de la tuberculose, par UNNA. (*Monats. f. prakt. Derm.*, XII, 11.) — Sur le pouvoir pyogène du bacille d'Eberth, par GILBERT et GIRODE. (*Soc. de biol.*, 9 mai.)

Bain. — A propos de l'eau chaude en hydrothérapie, par DURAND-FARDEL. (*Bull. de théér.*, 28 février.) — Des étuves sulfureuses naturelles, recherches thérapeutiques et cliniques, par MARCHISIO. (*Bull. de théér.*, 15 juillet.) — Nouveau mode d'application de l'hydrothérapie dans les affections gastriques (chez les anémiques où la réaction est défectueuse, emploi simultané des compresses froides et d'une circulation d'eau chaude), par WINTERITZ. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 355, 6 avril.) — La balnéation chlorurée sodique; ses effets sur la nutrition, ses nouvelles indications, par ROBIN. (*Bull. Acad. méd.*, 19 mai.) — Règles pour l'installation des bains pour ouvriers. (*Gesundheits Ingenieur*, 1^{er} novembre 1890, et *Mouvement hygiénique*, VII, 42.) — Appareil pour préparer les bains chauds dans les petits logements, par W. BEIESTEIN. (*Gesundheits Ingenieur* 1890 et *Hygienische Rundschau*, I, 146.) — Nouvel appareil pour les bains de vapeur, par J. NEUBAUER. (*Wien. med. Presse*, n° 4, p. 132.) — De l'action des bains locaux de vapeur, par M. HERZ. (*Centr. f. ges. Ther.*, janvier.) — Un corset pour l'application de la bande hydropathique, par KRONECKER. (*Therap. Monats.*, juillet.)

Bassin. — Sur les bassins viciés par boiterie, par PROUVOST. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Bassin oblique ovalaire, par BUDIN. (*Bull. Acad. méd.*, 14 avril.) — La position élevée, étendue, pour le soulagement de douleurs pelviennes, par TAYLOR. (*N. York med. jour.*, 25 avril.) — Ostéosarcome du bassin remplissant la cavité pelvienne; grossesse à terme, opération césarienne, mort, par HERMAN. (*Lancet*, 2 mai.) — Traitement des suppurations pelviennes, par MACPHATTER. (*Med. News*, 18 avril.)

Bec-de-lièvre. — A quel âge faut-il opérer le bec-de-lièvre, par FORGUE. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, 27 juin.)

Béribéri. — Cinq cas de béribéri, par PETERS. (*N. York med. Journ.*, 23 mai.)

Biliaire. — De l'influence des alcalins sur la sécrétion de la bile et de leur valeur thérapeutique, par NISSEN. (*Med. Obosren.*, XXXV, 9.) — De l'endocardite ulcéreuse végétante dans les infections biliaires, par AUBERT. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Des indications chirurgicales dans la lithiasé biliaire, par PICQUÉ. (*Revue gén. de clin.*, n° 10, p. 145.) — De la lithiasé biliaire, par BOLLINGER. (*Münch. med. Woch.*, 28 avril.) — Issue spontanée de calculs par une fistule biliaire, par KLAUSSNER. (*Münch. med. Woch.*, 28 avril.) — Un cas d'empyème de la vésicule et calculs dans le conduit cystique, par BRUNNER. (*Ibid.*) — Ouverture de l'intestin pour l'ablation d'un calcul biliaire, par Mc BURNEY. (*N. York surg. soc.*, 11 mars.) — Volumineux calcul biliaire amenant une occlusion intestinale complète, par ABBE. (*Ibid.*, 11 mars.) — Deux cas d'extraction de calculs de la vésicule biliaire, par RAFIN. (*Lyon méd.*, 3 mai.) — Extirpation d'une vésicule biliaire remplie de calculs, par BOUILLY. (*Bull. Soc. de chirurgie*, XVII, p. 249.) — Contribution à la chirurgie des voies biliaires, par PÉRIER. (5^e Cong. franç. chir., *Bull. méd.*, 15 avril.) — Cholécystotomie, par PICQUÉ. (*Ibid.*) — Des fistules biliaires hépato-bronchiques, par NERMOR. (*Thèse de Paris*, 25 juin.) — Fréquence de la perforation de la vésicule biliaire calculeuse, et de la péritonite consécutive chez les vieillards, par H. BIGGS. (*New York med. record.*, 14 mars.) — Observation de cholécystotomie et de cholécystectomie, par TERRIER. (*Bull. Acad. méd.*, 16 juin.) — Rupture de la vésicule biliaire, épanchement péritonéal, guérison, par LANE. (*Lancet*, 16 mai.) — Cancer primitif des voies biliaires, fibrome de l'utérus, mort par pneumonie, par JOURDAN. (*Soc. anat. Paris*, mai.) — De l'épithélioma primitif de la vésicule biliaire, par MORIN. (*Thèse de Paris*, 30 avril.)

Blennorrhagie. — Des raisons qui militent en faveur de la non spécificité du gonocoque, par ERAUD. (*Soc. de dermat.*, 4 avril.) — Le gonococcus de Neisser, par ANFUSO. (*Riforma medica*, 5 février.) — Le rhumatisme blennorrhagique, par LYON. (*Ann. de méd.*, 27 mai.) — Prostatite blennorrhagique, phlébite des plexus périprostatiques, symptômes d'infection purulente, guérison, par NOGUÉS. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mai.) — Rétention d'urine prolongée dans la blennorrhagie aiguë, par ROCHET. (5^e Cong. franç. chir., *Bull. méd.*, 22 avril.) — Un cas de parauréthrite blennorrhagique, par LANG. (*Soc. des méd. de Vienne*, 6 février.) — Cas rare de différentite et de vésiculite blennorrhagiques, par MAURIAC. (*Ann. de dermat.*, II, 6.) — Sur certaines formes d'arthrite blennorrhagique, par JOUIS. (*Thèse de Paris*, 10 juin.) — Note sur l'albuminurie liée à la blennorrhagie, par BALZER et SOUPLET. (*Mercredi méd.*, 22 avril.) — Anatomie pathologique de la blennorrhagie chez l'homme, par FINGER. (*Arch. f. Dermat. Ergänzungshefte*, Heft, 1.) — Traitement de l'urétrite blennorrhagique aiguë, par LYON. (*Ann. de méd.*, 29 avril.) — Essai de traitement méthodique de la blennorrhagie régulière chez l'homme, par THIÉRY. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — Traitement abortif de la blennorrhagie, par DIDAY. (*Bull. méd.*, 13 mai.) — La kawa-kawa dans la gonorrhée et la cystite, par CERNA. (*Philad. med. reporter*, 2 mai.) — L'action du violet de méthyle, son emploi dans la gonorrhée et le traitement des ulcères, par BURGHARD. (*Lancet*, 23 mai.) — Sur les résultats fournis par les injections antiseptiques dans le cours de la blennorrhagie aiguë chez l'homme, par EGREL. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Du mercure administré à l'intérieur dans les arthropathies blennorrhagiques, par MOREL-LAVALLÉE. (*Soc. de dermat.*,

4 avril.) — Traitement du rhumatisme blennorrhagique par les mercuriaux, par JULLIEN. (*Ibid.*, 15 mai.)

Bouche. — Des infections secondaires dans la cavité buccale, par LE GENDRE. (*Concours méd.*, 28 mars.) — La stomalite mercurielle, par FOURNIER. (*Union médicale*, 3 février.) — Des kystes du plancher de la bouche, par DUPLAY. (*Bull. méd.*, 20 mai.) — Gangrène de la bouche, stomalite gangréneuse, par ALEXANDER. (*Med. and surg. rep.*, 7 mars.) — De l'antisepsie appliquée au traitement des affections parasitaires de la bouche et des dents, par THOMAS. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.)

Bronche. — De la bronchite putride, sa terminaison possible par gangrène pulmonaire, par MOITIER. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Absès cérébraux consécutifs à une bronchite putride, par A. KOEHLER et BARDELEBEN. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 février.) — Lésions du catarhe chronique des bronches et de la bronchectasie, par AULD. (*Glasgow med. journ.*, avril.) — Dilatation bronchique exclusivement limitée au lobe supérieur du poumon droit, hyperplasie considérable des fibres musculaires lisses, par SOTTAS. (*Soc. anat. Paris*, p. 376, juin.) — Rétrécissement syphilitique des bronches, par FAVRAUD. (*Journ. méd. Bordeaux*, 31 mai.) — Emploi de l'acétanilide dans le traitement de la bronchite aiguë et chronique, par GRÜN. (*Lancet*, 27 juin.)

Brûlure. — Emploi de la glycérine comme analgésique dans les brûlures, par GRIGORESCU. (*Soc. de biol.*, 2 mai.)

C

Cancer. — Travaux récents sur l'histogénèse et l'étiologie du cancer, par STRÖBE. (*Cent. f. allg. Path.*, II, 10.) — Les psorospermoses et la théorie parasitaire du cancer, par CHRÉTIEN. (*Poitou méd.*, p. 205, 1890.) — Inoculation en série d'une tumeur épithéliale de la souris blanche, par MORAU. (*Soc. de biol.*, 2 mai.) — Cancer testiculaire en cuirasse, par HUTCHINS. (*Journ. of cutan. dis.*, mai.) — Le cancer à épithélium cylindrique de l'estomac et de l'intestin, par HAUSEN. (Lu-8°, *Erlangen.*) — Cancer de la mamelle, traité par l'injection de violet de méthyle, par GRÜN. (*Brit. med. j.*, 25 avril.) — Traitement des tumeurs malignes inopérables par les couleurs d'aniline, par MEYER. (*N. York surg. soc.*, 25 février.) — Les principes d'un traitement rationnel du cancer, par ADAMKIEWICZ. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 14.) — Pyocétanine et cancer, par CONDAMIN. (*Province méd.*, 30 mai.)

Carbonique (acide). — Filtration et stérilisation rapide des liquides organiques par l'emploi de l'acide carbonique liquéfié, par D'ARSONVAL. (*Soc. de biol.*, 7 février.)

Cartilage. — Sur la constitution de la chondrine et sur l'origine des fibres élastiques dans la chondrine réticulaire et élastique, par PANSINI. (*Giorn. assoc. Napolet. di med.*, II, 1.)

Cellule. — De l'anabiose, par PREYER. (*Biol. centralb.*, XI, 1.) — De la théorie de la phagocytose, par BAUMGARTEN. (*Beiträge z. path. Anat.*, Bd. VII, p. 1.) — Sur l'accroissement de la membrane cellulaire, par BUSCALIONI.

(*Giornale accad. medic. Torino*, janvier.) — Sur le rôle des sphères attractives dans la division indirecte des noyaux, par HENNEGUY. (*Soc. de biol.*, 13 juin.)

Cerveau. — Contribution à l'insula de Reil, par FALCONE. (*Giorn. assoc. Napolet. di med.*, II, 1.) — Développement des circonvolutions et des sillons à la surface de l'insula de Reil, par CUNNINGHAM. (*Journ. of anat.*, avril.) — Lobe fronto-pariétal considérablement modifié, par TURNER. (*Ibid.*, avril.) — Synthèse des variations de la surface du cerveau, par PREDIERI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 1 et 2.) — Sur la toile choroïdienne du quatrième ventricule et les communications des espaces sous-arachnoïdiens avec les ventricules cérébraux, par MOURET. (*Montpellier méd.*, 1^{er} juillet.) — Anatomie fine du pied de l'hippocampe, par SALA. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Sur un procédé d'analyse du poids cérébral, par MANOUVRIER. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — Sur les anomalies des circonvolutions de l'homme, par DEBIERRE. (*Ibid.*, 23 mai.) — Sur la structure et la composition du liquide céphalo-rachidien chez l'homme, par TOISON et LENOBLE. (*Ibid.*, 23 mai.) — Emploi de l'acide lactique pour l'étude des capillaires du cerveau, par FERRARI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 1 et 2.) — Poids du cerveau, de la rate et du foie chez les chiens de différentes tailles, par Ch. RICHET (*Ibid.*, 30 mai.) — Sur l'action discordante du double cerveau, par IRELAND. (*Brit. med. Journ.*, 30 mai.) — Nature et rapports de l'esprit et du cerveau, par BRISTOWE. (*Brain*, 53.) — Etude de la mycrogyrie, par OTTO. (*Arch. f. psychiat.*, XXIII, 1.) — Hydrocéphale-microcéphale, par HUE. (*Normandie méd.*, 15 mai.) — Contribution à l'étude des localisations cérébrales, par G. BASSI. (*Riforma medica*, 3 janvier.) — Poliencéphalite et sommeil, par MAUTHNER. (*Wiener med. Woch.*, 27 juin.) — Ramollissement cortical du côté droit, occupant le pied de la troisième frontale et s'étendant vers la deuxième frontale. Paralyse du facial inférieur. Hémiplégie incomplète, par VERGELY. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 mai.) — Hémorragie du noyau lenticulaire, pas de lésion de la motilité ni de la sensibilité, accès de mélancolie avec impulsions homicides et suicides, par JOURNIAC. (*Soc. méd. psych.*, 23 février.) — Pachyméningite hémorragique, rétrécissement pupillaire plus prononcé du côté opposé à la lésion, hémorragie pédonculaire, strabisme divergent, par BOUCHAUD. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Atrophie partielle des hémisphères et porencéphalie du lobe frontal droit, par SALGO. (*Ann. méd. psych.*, juillet.) — La dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal, par P. MARIE. (*Union médicale*, 12 mai.) — De la sclérose cérébrale, par CHASLIN. (*Arch. de méd. exp.*, III, 3.) — L'aphasie et les états voisins, par J. W. H. WYSMAN. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVII, p. 27.) — Etude de quelques formes d'aphasie sensorielle, par BIERMER. (*Neurol. centralb.*, 15 mai.) — De l'aphasie sous-corticale, par BLOCC. (*Gaz. hebdom. Paris*, 16 mai.) — Des aphasies, par BERNHEIM. (*Revue de méd.*, mai.) — De l'agraphie, par DEJERINE. (*Ann. de méd.*, 1^{er} juillet.) — Aphasie, cécité verbale, agraphie, hémiplégie gauche, paralysie du facial supérieur, foyers hémorragiques anciens du pli courbe, vaste hémorragie cérébrale droite, lésions de la capsule externe, etc., par SÉRIEUX. (*Soc. anat. Paris*, avril.) — Hémiplégie gauche avec hémianesthésie complète et hémianopsie gauche, par MORAX. (*Soc. anat. Paris*, avril.) — Hémiplégie gauche avec hémianesthésie complète et hémianopsie gauche, par MORAX. (*Gaz. hebdom. Paris*, 2 mai.) — Des paralysies pseudo-bulbaires, par BOULAY. (*Gaz. des hôp.*, 25 juillet.) — Des dégénérescences secondaires dans les paralysies cérébrales, par GIERLICH. (*Ach. f. Psychiat.*, XIII, 1.) — Un cas d'aphasie des hémisphères cérébraux, par GRAWITZ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 4.) — Epilepsie partielle crurale et tuberculose de la région paracentrale, par J.-M. CHARCOT,

(*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 4 juillet.) — Tuberculose de la région para centrale, fréquence et raison anatomique de cette localisation, par SOUQUES et CHARCOT fils. (*Soc. anatom. Paris*, 8 mai.) — Diagnostic des lésions traumatiques de l'axe cérébro-spinal, par WATSON. (*Med. News*, 6 juin.) — Chirurgie cérébrale, par NORBURY. (*Med. News*, 4 juillet.) — De l'intervention chirurgicale dans les lésions du cerveau, par LAURENT. (*Journ. de méd., Bruxelles*, 15 mai.) — Quelques symptômes psychiques précoces dans les traumatismes cérébraux, par CROTHERS. (*Med. News*, 13 juin.) — Plaie de tête : avulsion d'une paroi de l'occipital et du cerveau; guérison rapide, par DEWEY et RIESE. (*Americ Journ. of insanity*, janvier.) — Deux cas d'abcès intracrâniens, par EDGAR GRUBERT. (*St-Petersb. med. Wochenschr.*, n° 5.) — Abcès cérébral traumatique, trépanation, écoulement de liquide céphalo-rachidien, guérison, par SOUTHAM. (*Brit. med. j.*, 9 mai.) — Abcès cérébral, symptôme de localisation en foyer, trépan, hématurie intermittente; guérison, par NASON. (*Lancet*, 30 mai.) — Abcès et ramollissement du cerveau avec maladie chronique du tympan, par ORNE GREEN. (*Boston med. Journ.*, 21 mai.) — Abcès cérébral trépané deux fois, hernie du cerveau, guérison, par PAGET. (*London clin. soc.*, 8 mai.) — Tumeur du cerveau, absence de symptômes caractéristiques, par TROWBRIDGE. (*Journ. of nerv. dis.*, avril.) — Traitement de l'encéphalocèle et de la spina-bifida, par FORGUE et RECLUS. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 18 avril.) — Considérations sur l'anatomie pathologique, le diagnostic et le traitement des encéphalocèles, par PICQUÉ. (*Bull. soc. chir.*, XVII, p. 252.)

Cervelet. — Une nouvelle théorie du cervelet, par FOLET. (*Bull. méd.*, 3 juin.) — Sur quelques cas d'atrophie ou d'hypertrophie du cervelet, par DOURSONT. (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Hydrocéphalie congénitale, tumeur du cervelet, par VÉLIMIROVITCH. (*Soc. anatom. Paris*, 17 avril.) — Tumeur cérébelleuse; opération, hémorragie, mort, par BULLARD et BRADFORD. (*Boston med. j.*, 30 avril.)

Césarienne (Op.). — Opération césarienne avec suites heureuses pour la mère et pour l'enfant, par GUÉNIOT. (*Gaz. des hôp.*, 9 mai.) — Ma quatrième opération césarienne, par KELLY. (*N. York med. Journ.*, 2 mai.) — Opération césarienne pratiquée pour un carcinome annulaire du col et du vagin, par JEANNEL. (*Bull. acad. méd.*, 31 mars.) — Opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant, par CRMAIL. (*Ann. de gynéc.*, mai.) — Opération césarienne contre l'éclampsie à la fin de la grossesse, par SWIECICKI. (*Wiener med. Blätter*, 25 juin.) — Opération césarienne, bassin non rachitique, déformation par attitude vicieuse prolongée, par GALAND. (*Arch. de tocél.*, juin.) — Cas unique d'opération césarienne, par NOBLE. (*Amer. J. of obst.*, juin.) — Sur l'opération de Porro, par BEAUCAMP. (*Arch. f. Gynaek.*, XL, 1.)

Chancre. — Nouveaux cas de chancres simples des doigts, par NOVE-JOSSE-RAND. (*Province méd.*, 4 juillet.) — Le traitement du chancre simple, par DU CASTEL. (*Revue générale de clinique*, nos 15, 16.)

Charbon. — Culture de la bactériémie charbonneuse dans la mamelle d'une chèvre vaccinée contre le charbon, par NOCARD. (*Soc. de biol.*, 18 juil.) — Action du sérum de chien stérilisé sur le bacille du charbon, par ENDERLEN. (*Münch. med. Woch.*, 5 mai.) — Action de la bactériémie charbonneuse sur les marsupiaux, par LOIR. (*Rev. scientif.*, 27 juin.) — La sporulation du bacille charbonneux sur des sols nourriciers de richesse diverse, par A. OSBORNE. (*Arch. f. Hygiene*, XI, et *Hygienische Rundschau*, I, 7.) — Des causes de l'immunité naturelle contre le charbon, par SANARELLI. (*Cent. f. Bakt.*, IX, 14.) — La question de l'immunité contre le charbon, par SAWTSCHENKO. (*Ibid.*)

— Recherches sur l'infection charbonneuse chez les grenouilles et les crapauds, par FISCHER. (*Fortschritt der Medizin*, n° 2, p. 45.) — Action de la dessiccation de l'air et de la lumière sur la bactériologie charbonneuse, par MOMONT. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Recherches expérimentales sur la disposition à l'infection charbonneuse développée chez les grenouilles par l'exposition à une température élevée, par ROHRSCHEIDER. (*Ziegler's Beiträge path. Anat.*, IX, 3, p. 515.) — Sur un cas de charbon interne, chez un enfant de cinq mois, par OLLIVIER. (*Rev. mal. de l'enf.*, mai.) — Un cas de charbon intestinal chez l'homme, par GOLDSCHMIDT, (*Münch. med. Woch.*, 10 février.) — Traitement du charbon par le bicarbonate de soude d'après la méthode de Fodor, par CHOR. (*Ann. inst. Pasteur*, V, 5.)

Chirurgie. — Leçons de clinique chirurgicale, par TRÉLAT. (2 vol. in-8°, Paris.)

Chlorose. — Du bruit de diable dans la chlorose, par RICHARDSON. (*Lancet*, 27 juin.)

Choléra. — De l'endémo épidémie cholérique au Tonkin, par DEMMLER. (*Rev. de méd.*, avril.) — Le choléra de la mer Rouge en 1890, par PROUST. (*Bull. Acad. méd.*, 17 mars.) — Traitement de la diarrhée et du choléra en Cochinchine, par MAGET. (*Arch. de méd. nav.*, juillet.)

Chorée. — De la chorée héréditaire, par JOLLY. (*Neurol. Centralb.*, 1^{er} juin.) — Chorée rythmée consécutive à une chorée de Sydenham, par JOFFROY. (*Soc. méd. des hôp.*, 3 avril.) — Des rapports de la chorée avec les affections cardiaques et de son traitement, par GRÆDEL. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 354, 6 avril.) — Anatomie pathologique de la chorée, par WOLLENBERG. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIII, 1.) — Chorée de Sydenham et chorée rythmique chez une hystérique, par SÉGLAS. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 avril.) — Sur un cas d'endocardite choréique d'origine microbienne probable, par LEREDDE. (*Rev. mal. de l'enf.*, mai.) — Sur un cas de chorée paralytique, par DESCROIZILLES. (*Rev. gén. de clinique*, n° 6, p. 81.) — Un cas de chorée électrique, par POTR. (*Münchener med. Woch.*, 3 mai.) — Note sur l'étiologie et la nature de la chorée de Sydenham, par COMBY. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 29 mai.) — De la chorée gravidique, par RICHE. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Chorée sénile manie, guérison, par FERRIER. (*Lancet*, 20 juin.) — Nature et traitement de la chorée, par J. SIMON. (*Bull. méd.*, 14 juin.)

Choroïde. — De la tuberculose de la choroïde, par CARPENTER. (*Brit. med. j.*, 11 juillet.)

Cicatrice. — Note sur les chéloïdes observées chez le noir et principalement de la chéloïde de l'oreille, par CLARAC. (*Arch. de méd. nav.*, juin.)

Circulation. — Sur quelques faits relatifs au balancement entre la circulation superficielle et la circulation viscérale par WERTHEIMER. (*Arch. de phys.*, III, 3.) — Du pouls lent et du pouls fréquent, par DUROZIEZ. (*Union médicale*, 14 février.) — Sur un cas de pouls lent permanent, par BOUCHAUD et FAIDHERBE. (*Jour. se. méd. Lille*, 8 mai.) — La réflexion des ondes du pouls, par M. V. FREY et L. KREHL. (*Centr. für Physiologie*, IV, p. 409.) — Action de l'urée sur les parois vasculaires des différents viscères, par CAVAZZANI et REBUSTELLO. (*Arch. per. le sc. med.*, XV, 1.)

Climat. — Climatologie hivernale de Leysin, par LOUIS SECRETAN. (*Revue méd. Suisse romande*, XI, p. 19.)

Cœur. — L'anatomie microscopique du cœur, par MEIGS. (*Amer. j. of med.*

se., juin.) — Sur la signification des ganglions du cœur, par E. ROMBERG. (*Cent. für Physiologie*, IV, p. 601.) — De la nutrition du cœur de la grenouille dans la phase active, par HEFFTER. (*Arch. f. exper. Pathol.*, XXIX, 1 et 2.) — Recherches expérimentales sur l'atonie cardiaque produite par le nerf pneumogastrique; introduction à l'étude clinique des cardiopathies avec dilatation du cœur, par FRANÇOIS-FRANCK. (*Arch. de phys.*, III, 3.) — Théorie des mouvements du cœur : remarques sur le travail de Heigl, par SCHEIBER. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVII, p. 363.) — Sur les trémulations fibrillaires du cœur de chien, par KRONECKER. (*Soc. de biol.*, 18 avril.) — *Idem*, par GLEY. (*Ibid.*) — De la contraction des muscles papillaires, ses rapports avec certains bruits anormaux du cœur, par FENWICK et OVEREND. (*Brit. med. Journ.*, 23 mai.) — Sur les bruits de souffle cardiaques, par GOODHART. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVII, p. 101.) — Malformation du cœur, par DICKSON. (*Edinb. med. Jour.*, juin.) — Malformation cardiaque chez un enfant de 11 mois, par BERGÉ. (*Soc. anat. Paris*, mars.) — Un cas de persistance du trou ovale, par MUELLER. (*Corr. bl. f. schw. Aerzte*, 1^{er} janvier.) — Un cas de dextrocardie avec dilatation du cœur traité par les bains d'acide carbonique et la gymnastique, par SCHOTT. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 316, 23 mars.) — De la dextrocardie congénitale, par SCHOTT. (*Therap. Monats.*, mai.) — Le cœur, ses bruits, diagnostic, traitement, par PORTER. (*Med. News*, 23 mai.) — Des douleurs hémilatérales dans les maladies du cœur, par NOTHNAGEL. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIX, 3.) — De la conformation du thorax comme signe des lésions du cœur, par DUROZIEZ. (*Union méd.*, 2 mai.) — Pathogénie des affections cardiaques de croissance et de surmenage, par BLOCH. (*Ass. franç. Congrès de Limoges*, p. 655.) — Les rapports des troubles fonctionnels du cœur avec les maladies des viscères abdominaux, par TAYLOR. (*Practitioner*, juillet.) — Les insuffisances aortiques, type endocardique et type artériel, par LYON. (*Gaz. des hôp.*, 13 juin.) — Sur le retards du pouls carotidien dans l'insuffisance aortique, par LYON. (*Gaz. des hôp.*, 23 juin.) — Un cas de pouls bigéminé avec un quadruple murmure aortique, par ANDERSON. (*Glasgow med. Journ.*, février.) — Pouls capillaire visible jugo-frontal, sous-unguéal et palatin, tremblement permanent des mains et accès de tremblement généralisé dans un cas de maladie de Corrigan, par LIÉGEOIS. (*Bull. méd. Vosges*, avril.) — Rétrécissement mitral. Insuffisance aortique. Insuffisance tricuspide, par RENDU. (*Union médicale*, 21 avril.) — Sur l'insuffisance des valvules de l'artère pulmonaire, par BARIÉ. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — Rétrécissement de l'artère pulmonaire, cloison séparant le ventricule droit en une portion ventriculaire et une portion artérielle, persistance du trou de Botal, par DE GIMARD. (*Soc. anat.*, mars.) — Rétrécissement mitral et tuberculose pulmonaire, par PALIARD. (*Lyon méd.*, 26 avril.) — Insuffisance mitrale et tuberculose pulmonaire, par CHAPOTOT. (*Lyon méd.*, p. 62, 10 mai.) — Deux cas de rétrécissement mitral, par EISENLOHR. (*Deutsche med. Woch.*, n° 6.) — Du cœur lent, par TAYLOR. (*Lancet*, 6 juin.) — Sur le pouls lent permanent ou maladie de Stokes-Adams, par BOUÉSSÉE. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — A propos d'un cas de cyanose, par POTAIN. (*Union médicale*, 19 mars.) — Des poumons dans la maladie bleue ou cyanose, par DUROZIEZ. (*Union médicale*, 6 juin.) — Tachycardie essentielle, modalités cliniques, par JANICOT. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Pouls lent permanent. Dilatation du cœur et des gros vaisseaux. Albuminurie et oligurie. Crises dyspnéiques et syncopales. Insuccès du bromure de potassium et de la caféine. Bons effets du régime lacté, par COMBY et MARTIN-DURR. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 février.) — Épilepsie cardiaque et tachycardie paroxystique, par TALAMON. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 janvier.) — Des tachycardies, valeur séméiologique et pathogé-

nique, par VINCENT. (*Thèse de Paris*, 24 juin.) — Deux observations de tachycardie, par PERRIN. (*Union médicale*, 19 mars.) — De la tachycardie paroxystique essentielle, par COURTOIS-SUFFIT. (*Gaz. des hôp.*, 16 mai.) — De la tachycardie paroxystique essentielle, par CASTAING. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — De la myocardite interstitielle chronique, par BARD et PHILIPPE. (*Rev. de méd.*, mai.) — Endocardite infectieuse, guérison par CAUTLEY. (*Lancet*, 20 juin.) — Endocardite végétante, mitrale et aortique, rhumatisme ancien, présence d'un bacille immobile et d'un bacille court animé de mouvements oscillatoires, par LAFFITTE. (*Soc. anat. Paris*, 3 juillet.) — Nature et pronostic des endocardites infectieuses, par DREYFUS-BRISAC. (*Gaz. hebdomadaire Paris*, 11 juillet.) — Étiologie et pathogénie des péricardites, par PETIT. (*Gaz. hebdomadaire Paris*, 23 mai.) — Contusion du cœur et plaie du foie par coup de feu, par AD. FRICK. (*Corresp.-Blatt f. schweizer-Aerzte*, n° 5, p. 147, 1^{er} mars.) — Traitement du cœur sénile, par BALFOUR. (*Edinb. med. Journ.*, juin.) — De la dilatation ou distension du cœur ; action des médicaments sur le muscle cardiaque, par G. SÉE. (*Bull. Acad. méd.*, 2 juin.) — De la valeur thérapeutique de la limitation de l'ingestion des liquides dans les maladies chroniques du cœur, par GLAX-ABBZIA. (*Centr. f. d. gesam. Therapie*, mars.) — Le traitement des affections chroniques du cœur par les bains et la gymnastique, par SCHOTT. (*Lancet*, 23 mai.) — Sur l'action combinée de la digitale et du calomel dans l'insuffisance cardiaque, par VALENTI. (*Rivista clinica e terap.*, n° 2, p. 65.)

Conjonctif (Tissu). — Dégénérescence hyaline de certaines cellules du tissu conjonctif, par LETULLE. (*Soc. anat. Paris*, mai.) — Sur un mode de dégénérescence hyaline des cellules du tissu conjonctif, par CAZIN. (*Soc. anat. Paris*, 15 mai.) — Sur quelques tissus de nature conjonctive après l'action de la potasse, par ZACHARIADÉS. (*Soc. de biol.*, 6 juin.)

Conjonctive. — Prophylaxie de la conjonctivite purulente des nouveau-nés, par FALK. (*Buffalo med. Journ.*, février.) — Pathogénie des affections de la conjonctive au point de vue bactériologique, par CHIBRET. (*Soc. franç. d'opht.*, 5 mai.) — Des granulations vraies et fausses de la conjonctive et de leur traitement, par VALUDE. (*Gaz. des hôp.*, 20 juin.) — Contribution au traitement de la conjonctivite granuleuse par l'extirpation du cul-de-sac conjonctival, par G. ANFUSO. (*Riforma medica*, 24 janvier.) — Supplément au mémoire de Johnson, nouveau traitement du trachome. (*Arch. of opht.*, XX, 2.) — Le pétrole brut dans le traitement des conjonctivites, par TROUSSEAU. (*Soc. franç. d'opht.*, 4 mai.) — De la conjonctivite printanière, par COUETOUX. (*Ann. d'ocul.*, mars.) — A propos de la conjonctivite printanière, par TROUSSEAU. (*Ann. d'oculist.*, mai.) — Lipome sous-conjonctival, par VON REUSS. (*Soc. des méd. de Vienne*, 30 janvier.) — Lipome sous-conjonctival, par HADJI. (*Thèse de Montpellier*.) — Tumeurs gommeuses de la conjonctive, par CAUDRON. (*Rev. d'opht.*, 4.)

Coqueluche. — Observation de stomatite ulcéreuse et ostéite alvéolaire consécutive à une coqueluche grave, par RÉDIER. (*Journ. connais. méd.*, 5 février.) — Trois cas d'infection par le staphylocoque doré dans le cours de la coqueluche, par HAUSHALTER. (*Rev. méd. de l'Est*, 3.) — Emphysème sous-cutané, complication mortelle de la coqueluche, par PERNET. (*Bull. méd. Vosges*, avril.) — Polynévrite aiguë généralisée survenue au cours de la coqueluche, par MOUSSOUS. (*Jour. méd. Bordeaux*, 31 mai.) — Le traitement classique de la coqueluche par LYON. (*Ann. de méd.*, 13 mai.)

Cordon ombilical. — Des nœuds du cordon chez les jumeaux, par HERRMANN. (*Arch. f. Gynæk.*, XI, 2.)

Cornée. — La forme de la cornée et son influence sur la vision, par SULZER.

(*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — De la force réfringente de la cornée, de l'ophtalmométrie et du cylindre correcteur de l'astigmatisme cornéen, par OSTWALT. (*Rev. gén. d'opht.*, mai.) — Une modification à l'ophtalmomètre pour mesurer simultanément les deux méridiens principaux de la cornée, par BAJARDI. (*Giornale Accad. di Medic. Torino*, janvier.) — Étiologie d'une nouvelle forme de kératite, par TOPOLANSKI. (*Wiener med. Woch.*, 20 juin.) — Deux cas de kératite interstitielle à la période tertiaire de la syphilis, par MARLOW. (*N. York med. Journ.*, 13 juin.) — Kératite marginale, par CZERMAK. (*Soc. des méd. Vienne*, 20 fév.) — Kératite spéciale compliquée d'une tumeur de l'iris, par PFLUEGER. (*Corr.-Bl. f. schw.-Aerzte*, 15 novembre 1890.) — Traitement de la kératite des moissonneurs, par DEHENNE. (*Revue gén. de clinique*, n° 13, p. 196.) — Traitement des ulcères de la cornée par l'acide phénique pur déliquescent, par SUARIZ DE MENDOZA. (*Soc. franç. d'opht.*, 7 mai.) — Emploi du cautère actuel dans les ulcères infectieux de la cornée, par CLAIBORNE. (*N. York med. Journ.*, 30 mai.)

Corps étranger. — Sur les corps étrangers du larynx, par KOCH. (*Ann. mal. de l'or.*, mai.) — Corps étrangers du larynx, trachéotomie préventive extraction par la bouche, par MANTOVANI. (*Boll. mal. dell' orecchio*, IX, 5.) — Corps étranger fixé dans le larynx depuis un mois ; extirpation par la laryngotomie ; guérison, par PÉRIER. (*Bull. Acad. méd.*, 9 juin.) — Ablation d'un volumineux fragment de verre logé depuis 21 mois dans le larynx, par RANSOM. (*N. York med. Record*, 25 avril.) — De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers des voies aériennes, par SCHWARTZ. (*Revue gén. de clinique*, n° 12, p. 185.) — Corps étranger du larynx, morceau de viande, mort, par TYLER. (*N. York med. Record*, 20 juin.) — Épingle à cheveux de 5 pouces dans la fosse nasale postérieure, par KELLIHER. (*Boston med. Jour.*, 11 juin.) — Corps étrangers de la cornée, par BOTHEZAT. (*Montpellier méd.*, 1^{er} mai.) — Opération pour corps étranger ayant pénétré dans la caisse tympanique à la suite de tentatives d'extraction, par GRUBER. (*Monats. f. Ohrenh.*, mai.) — Corps étranger de l'oreille externe, par SCHMIDT. (*Münch. med. Woch.*, 21 avril.) — Corps étranger logé à la base de la langue depuis plusieurs années (dent), par SANDFORD. (*Journ. of laryng.*, juillet, p. 292.) — Sonde perdue dans l'œsophage, par WEIR. (*N. York Acad. of med.*, 9 mars.) — Corps étrangers de l'œsophage, par BARATOUX. (*La Pratique méd.*, 13 janvier.) — Des corps étrangers de la vessie, par VON DITTEL. (*Soc. des méd. de Vienne*, 6 février.) — Corps étranger (épingle à cheveux) dans l'utérus, par BUNGE. (*Deutsche med. Woch.*, n° 5.) — Corps étranger du genou, arthrotomie, par NICAUD. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.)

Cou. — Tumeurs congénitales du cou, par HARTLEY. (*N. York med. Journ.*, 4 juillet.)

Crâne. — Des rapports entre le diamètre du crâne de la mère et de l'enfant, par SKALKOWSKI. (*Arch. f. Gynæk.*, XL, 2.) — Quelques points de l'anatomie de la région sous-occipitale, par GRUENBAUM. (*Journ. of Anat.*, avril.) — Fracture du crâne, par JENNINGS. (*Americ. j. of med. sc.*, mai.) — Fracture avec enfoncement du pariétal droit ; anesthésie et paralysie momentanées du membre supérieur gauche ; retour des accidents ; trépanation huit ans après l'accident ; guérison, par FÉVRIER. (*Bullet. Soc. de Chirurgie*, XVII, p. 92.) — Coup de pied de cheval ; enfoncement du frontal, méningo-encéphalite, abcès du cerveau, par LAMARQUE. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 avril.) — Fracture de l'orbite à la base du crâne, mort le lendemain par méningite infectieuse, par RICHARD. (*Revue méd. Suisse romande*, XI,

193, mars.) — Coup de branche d'arbre dans la tempe. Aphasie subite. Mort le lendemain, pas d'autopsie, par SANDOZ. (*Ibid.*) — Fracture du crâne, blessure du sinus longitudinal supérieur, par TAYLOR. (*Med. News*, 27 juin.) — Fracture de la base du crâne : présentation de la pièce préparée. (Crâne d'un dégénéré par suite d'hérédité alcoolique), par DUBUISSON. (*Normandie médicale*, 1^{er} mai.) — Fracture comminutive du crâne, perte de substance cérébrale, par ROHRBAUGH. (*N. Yord med. Journ.*, 9 mai.) — Fracture comminutive du crâne, trépanation, guérison ; épilepsie secondaire, nouvelle trépanation et guérison, par ARNISON. (*Brit. med. J.*, 11 juillet.) — Deux cas de fracture comminutive étendue du crâne, par NEILSON. (*Med. News*, 30 mai.) — Fracture perpendiculaire du rocher avec fracture de l'occipital, double communication du foyer de la fracture avec le pharynx et le conduit auditif externe, méningo-encéphalite de la base, par CAZENAVE. (*Soc. anat. Paris*, p. 372, juin.) — Fracture du pariétal droit, disjonction de la suture temporo-pariétale avec plaie du sinus latéral par coup de pied de cheval, par GENOUVILLE. (*Soc. anat. Paris*, juin, p. 370.) — Craniotomie linéaire pour microcéphalie, par RANSOHOFF. (*Med. News*, 13 juin.) — Craniotomie linéaire pour microcéphalie, par KEEN. (*Americ j. of med. sc.*, juin.) — De la craniotomie comme traitement de l'idiotie et des troubles cérébraux infantiles, par RABOW et ROUX. (*Therap. Monast.*, juillet.) — Perforations craniennes par des processus inflammatoires, par KUNDRAT. (*Soc. des méd. de Vienne*, 9 janvier.) — Nécrose tuberculeuse cranienne, par BARLING. (*Birmingham and midland counties branch, Brit. assoc.*, 20 mars.) — Des différentes méthodes d'oblitération des pertes de substance du crâne, par MOISSON. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Plaies pénétrantes du crâne par balles de revolver, trajet récurrent des balles, par DELBET et DAGRON. (*Soc. anat. Paris*, 12 juin.) — Plaies du crâne par coup de pistolet, par BRADFORD. (*Boston med. j.*, 11 juin.) — Sarcomes du diploé, par SCHMIDT. (*Bull. soc. de Chirurgie*, XIII, p. 824.) — Trois cas de tumeur intra-cranienne, par CLARKE. (*Brit. med. J.*, 13 juin.) — Épithélioma du cuir chevelu, propagation au crâne et au cerveau, noyau dans le cœur droit, par BRAQUEHAYE. (*Soc. anat. Paris*, 24 avril.)

Cristallin. — Guérison spontanée du prolapsus irien après l'opération de la cataracte, par LOPEZ. (*Arch. of opht.*, XX, 2.) — Observation de lenticone postérieur, par WECKS. (*Ibid.*, XX, 2.) — Un cas de lenticone double antérieur, par VENNEMAN. (*Ann. d'ocul.*, mars.) — Résultats des diverses méthodes d'extraction de la cataracte, 206 cas, par ST-JOHN ROOSA. (*Ibid.*, XX, 2.) — Cataracte zonulaire uniloculaire, par D'ËNCH. (*Ibid.*) — De l'hémorragie choroidienne grave dans l'extraction du cristallin cataracté, par VAN DUYSE. (*Ann. d'ocul.*, mars.) — De la suture de la cornée dans l'opération de la cataracte, par SUAREZ DE MENDOZA. (*Soc. franç. d'opht.*, 5 mai.) — Nouveau procédé opératoire de la cataracte secondaire, par DE WECKER. (*Ibid.*, 7 mai.) — Le prolapsus de l'iris dans l'extraction simple de la cataracte, par PARINAUD. (*Ibid.*, 6 mai.) — De la cataracte hémorragique, par WILLOT. (*Thèse de Paris*, 25 juin.) — Opérations de cataracte, par BARRAQUER. (*Rev. de ciencias med. Barcelone*, XVII, 2.) — Deux observations de luxation traumatique du cristallin, par DESCHAMPS. (*Dauphiné méd.*, mars.) — Des luxations spontanées du cristallin, par SUREAU. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Recherches sur l'existence d'organismes parasitaires dans les cristallins malades chez l'homme et sur le rôle possible de ces organismes dans la pathogénie de certaines affections oculaires, par GALIPPE et MOREAU. (*Acad. des sc.*, 8 juin.)

Croissance. — Contribution expérimentale à l'étude de la croissance, par DE VARIGNY. (*Acad. des sc.*, 15 juin.)

Cysticerque. — Cysticerques ramifiés des méninges cérébro-spinales, par RICHTER. (*Prager med. Woch.*, 22 avril.) — Un cas de laderie chez l'homme, cysticerques dans le cerveau, les poumons, le cœur, le foie, le pancréas, coexistence d'un tænia intestinal, glycosurie, par BERGÉ. (*Soc. anat. Paris*, 22 mai.)

D

Dent. — Des complications infectieuses de la périodontite suppurée par BARILLET. (*Thèse de Paris*, 25 juin.) — Le traitement rapide des abcès alvéolaires, par MACPHERSON. (*N. York med. Journ.*, 22 nov. 1890.) — Suppuration buccale d'origine dentaire, par BUGNOT. (*Normandie méd.*, 1^{er} mai.) — De quelques accidents de dentition, par BAUMEL. (*Montpellier méd.*, 16 avril.) — Dentition retardée, par FENWICK. (*Americ. Journ. of obst.*, avril.)

Désinfection. — Les étuves à désinfection et leur fonctionnement, par E. VON ESMARCH. (*Hygienische Rundschau*, I, p. 1.) — Observations sur le fonctionnement de l'étuve de Wiesnegg, par MANGET et GIRARD. (*Archiv. de méd. milit.*, juin.) — Etuves à désinfecter de SCHAEFFER et WALCKER. (*Gesundheits Ingen.* 1891 et *Hygienische Rundschau*, I, 197.) — Expériences sur quelques antiseptiques et désinfectants, par ÉVANS. (*Guy's hosp. Rep.* XLVII, p. 195.) — De la désinfection des chiffons, par COQUEREAU. (*Thèse de Paris*, 2 juillet.)

Diabète. — Une nouvelle forme clinique de diabète, par HIRSCHFELD. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIX, 3.) — Pathogénie (nerveuse) du diabète sucré, par LENNÉ. (*Berlin. klin. Wochens.* p. 355, 6 avril.) — Des diabète sucrés, par L. RÉNON. (*Revue générale de clinique*, n° 15, p. 225.) — De la pathogénie du diabète pancréatique, par GALLOIS. (*Bull. méd.*, 28 juin.) — Des glycosuries non diabétiques, par BOYLAND. (*Thèse de Paris*, 25 juin.) — Sur le ferment glycolytique, par ARTHUS. (*Soc. de biol.*, 2 mai.) — Sur la question du ferment glycolytique, par LÉPINE et BARRAL. (*Soc. de biol.*, 25 avril.) — Un mot d'historique sur le diabète sucré, sa théorie pancréatique, par BAUMEL. (*Gaz. hebdom. Paris*, 18 juillet.) — Du diabète traumatique, par M^{lle} BERNSTEIN-KOHAN. (*Thèse de Paris*, 30 avril.) — Association du diabète et du goître exophtalmique (2 cas), par BUDDE. (*Ugeskr. f. Læger.* XXII, 4 et 5 t.) — La pneumonie chez les diabétiques, par MERKLEN. (*Gaz. des hôp.*, 19 mai.) — La rétinite diabétique, par HIRSCHBERG. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 51, 1890.)

Digestion. — De la valeur digestive des acides, par THOYER. (*Journ. sc. méd. Lille*, 27 mars.) — Les premiers produits formés dans la digestion de la gélatine, par CHITTENDEN et SOLLEY. (*Journ. of phys.*, XII, 1.)

Diphthérie. — Étiologie de la diphthérie, par SMITH (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 4 juillet.) — La cause de la diphthérie, par WELCH. (*Med. News*, 16 mai.) — Contribution à nos connaissances sur la diphthérie, par SMITH. (*N. York Acad. of med.*, 12 mars.) — Étude étiologique de la diphthérie, par ZALESKI (*Thèse de Montpellier*.) — Le microorganisme de la diphthérie, résultats expérimentaux sur les animaux, par WILSON (*London pathol. soc.*, 5 mai.) — De quelques associations microbiennes dans la diphthérie, par BARBIER. (*Arch. de méd. exp.*, III, 3.) — La diphthérie, par PASSERINI. (*In-16, Milan*.) — Sur la diphthérie du pigeon, par MÉGNIN. (*Soc. de biol.*,

18 juillet.) — Épidémies de diphtérie, par GIRAT. (*Union médicale*, 25 avril.) — Paralyse du voile postdiphthéritique, par MAYO COLLIER. (*British laryng. Assoc.*, 20 mars.) — Les crises bulbaires de la paralysie diphthéritique chez les enfants, par GUTHRIE. (*Lancet*, 18 avril.) — Paralyse cardio-pulmonaire diphthéritique isolée et d'emblée, par FROMAGET. (*Rev. mal. de l'enf.*, avril.) — Un cas de diphtérie compliqué d'érysipèle, par PIZARZEWSKI. (*Przegląd lekarski*, 1.) — 4 cas de diphtérie de la conjonctive, par PFLUEGER. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 novembre 1890.) — Diphtérie de la vulve, par COLDSTREAM. (*Brit. med. j.*, 9 mai.) — Les connaissances acquises dans ces dernières années sur le traitement de la diphtérie, par HILDEBRANDT. (*Münch. med. Woch.*, 5 mai.) — Sur le traitement de l'angine diphthéritique par les injections interstitielles dans les amygdales, le voile du palais et les ganglions du cou, par NEPVEU. (*Soc. de biol.*, 16 mai.) — Traitement local de la diphtérie et du croup, par BEHRENS. (*Med. News*, 9 mai.) — Des résultats de la trachéotomie dans le croup et la diphtérie, par SATTler. (In-8°, *Heidelberg*.) — Le tubage du larynx dans la diphtérie, par GOTTFRIED. (*Therap. Monats*, juin.) — Indications pour le tubage dans la diphtérie, par ESCHERICH. (*Wiener klin. Woch.*, 7.) — Un cas de croup guéri sans trachéotomie, par BAUMEL. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, 30 mai.)

Dysenterie. — Dysenterie épizootique des poules et des dindes, par LUCET. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 5.)

E

Eau. — Analyse des eaux d'alimentation de Laghouat, par BODARD. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Le filtrage des eaux de fleuve, par DUCLAUX. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 4.) — A propos de la question des eaux de Lyon, par DESPEIGNES. (*Lyon méd.*, 10 mai.) — Les eaux d'alimentation à Marseille et dans les principales localités des Bouches-du-Rhône, leur examen chimique, microscopique et bactériologique, par DAVID. (In-8°, *Marseille*.) — Examen de l'eau au point de vue sanitaire et technique, par LEFFMANN et BEAM. (*Philadelphie*.) — La police et la protection des eaux au point de vue de la salubrité et de l'hygiène, par A.-J. MARTIN. (*Rev. d'hyg.*, janvier.) — Sur l'eau du Tibre, par A. CELLI et A. SCALA. (*Annali dell Istituto d'ig. sperim. dell univers. di Roma* 1890 et *Hygienische Rundschau*, I, 133.) — La purification des eaux par l'électricité. (*Hygienische Rundschau*, I, 178.)

Eaux minérales. — Indications, contre-indications, marche et durée de la cure tonique de Royat dans le traitement de l'arthritisme, de l'anémie et de la neurasthénie, par LAUSSEDAT. (*Broch.*, *Paris*.) — De l'illulation ou applications partielles des boues des Thermes de Dax, par BARTHE DE SANDFORT. (*Bull. Acad. méd.*, 2 juin.) — Sur la station et les eaux minérales de Miers, par GRESSET. (*Thèse de Paris*, 2 juillet.) — La médication de Challes, son action physiologique, thérapeutique, ses indications, par ROYER. (*Broch.*, *Paris*.)

Éclampsie. — Éclampsie puerpérale, par PALMER. (*Americ. Journ. of obst.*, juillet.) — Érysipèle symétrique, accouchement prématuré, éclampsie au 19^e jour, 28 crises, pas de lésions rénales, guérison, par HURRY. (*Transact. obst. soc.*, XXXII, p. 309.) — Éclampsie ictérique, étude des lésions hépa-

tiques, par PAPILLON et AUDAIN. (*Soc. anat. Paris*, 19 juin.) — Lésions anatomiques dans l'éclampsie puerpérale, par BOUFFE. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Manie suite d'éclampsie, par ALEXANDER. (*Journ. of ment. sc.*, juillet.) — Prévention de l'éclampsie par l'accouchement prématuré, par FRY. (*Therap. Gaz.*, 15 juin.) — Du traitement de l'éclampsie, par MOREAU. (*Thèse de Paris*, 9 juillet.) — Du traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie puerpérale, par DUBOST. (*Thèse de Paris*, 20 mai.)

Eczéma. — Deux cas d'eczéma causés par l'action locale de l'huile de pétrole commerciale, par ESPAGNE et SURDINI. (*Gaz. hebdomadaire de Montpellier*, 25 avril.)

Électricité. — La production de l'électricité par les êtres vivants, par D'ARSONVAL. (*Rev. scientifique*, 4 juillet.) — Résistance des corps humains aux courants électriques, par SWINBURNE. (*Electrotechn. Zeit.* 1890 et *Hygienische Rundschau*, I, 206, 1^{er} mars.) — Influence de la galvanisation et de la franklinisation sur la résistance électrique du corps, par SILVA et PESCAROLO. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 1 et 2.) — Relations entre les qualités physiques de l'excitant électrique et la réaction névro-musculaire. Procédé pratique pour doser les courants d'induction et changer la forme de la décharge de manière à agir plus spécialement soit sur le nerf, soit sur le muscle, par D'ARSONVAL. (*Soc. de biol.*, 23 mai.) — Action physiologique des courants alternatifs, par D'ARSONVAL. (*Soc. de biol.*, 2 mai.) — Influence des variations de la force électro-motrice sur les effets physiologiques du courant continu, par D'ARSONVAL. (*Ibid.*) — Procédé pratique pour doser les courants d'induction et changer la forme de l'excitation électrique de manière à agir spécialement soit sur le nerf, soit sur le muscle, par D'ARSONVAL. (*Arch. de phys.*, III, 3.) — Influence des variations de la force électromotrice sur les effets physiologiques du courant continu, par VIGOUROUX. (*Soc. de biol.*, 23 mai.) — Electro-sphygmomètre, par QUINTARD. (*Bull. Soc. de méd.*, Angers, p. 57; 2^e sem. 1890.) — Pression engendrée par l'électrolyse, par CHABRY. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — L'électricité comme agent thérapeutique, par HERDMAN. (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 13 juin.) — Traitée pratique de l'électricité en gynécologie, par GRANDIN et GUNNING. (In-8°, New York.) — Électricité comme agent thérapeutique dans la dysménorrhée et les inflammations pelviennes, par PARKHURST. (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 27 juin.) — Électricité en chirurgie, en particulier pour le nez, la bouche et la gorge, par GOODWILLIE. (*N. York med. Journ.*, 6 juin.) — De l'électrothérapie dans le traitement des troubles périphériques de l'écriture, par M. WEISS. (*Centr. f. die gesammte Therap.*, avril.) — L'électrolyse en thérapeutique oculaire, par L. GROSSMANN. (*Wien. med. Presse*, n° 41, p. 409.) — De l'électricité statique; description de l'appareil de l'auteur, par MORTON. (*N. York med. record*, 24 janvier.) — Dangers des fils d'éclairage électrique, par H. ALBRECHT. (*Gesundheits Ingenieur* 1890 et *Hygienische Rundschau*, I, 144.)

Éléphantiasis. — Sur un cas d'éléphantiasis nostras chez une malade présentant des arrêts de développement des membres, par RICHARDIÈRE. (*Ann. de dermat.*, II, 7.) — Observations d'éléphantiasis des Arabes, par ABBOTT. (*Brit. med. Journ.*, 9 mai.)

Embolie. — Un cas d'embolie pulmonaire survenue avant la délivrance et après l'accouchement, par BARRAS. (*Glasgow med. Journ.*, mars.) — Embolie pulmonaire suite d'hématocèle pelvienne, par REMFRY. (*London clin. Soc.*, 22 mai.) — Contribution à l'étude de l'embolie paradoxale, par CH. FIRKET. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, n° 4, p. 88.)

Embryologie. — Persistance de la notocorde chez l'homme, par MUSGROVE.

(*Journ. of anat.*, avril.) — La métamérie de l'endoderme et du système vasculaire primitif dans la région post-branchiale des vertébrés, par HOUSSAY. (*Soc. de biol.*, 25 avril.) — Sur la formation du mésentère et de la gouttière intestinale dans l'embryon de la poule, par DARESTE. (*Acad. des sc.*, 29 juin.) — De la différenciation de l'endoderme, par LESAGE. (*Ibid.*)

Empoisonnement. — Etude sur les poisons de l'intelligence, par LEGRAIN. (*Ann. méd. psych.*, juillet.) — Empoisonnement par la picrotoxine, par SHAW. (*Med. News*, 11 juillet.) — Lésions anatomiques du cerveau dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, par CRAMER. (*Centr. f. allg. Path.*, II. 13.) — Troubles trophiques liés à l'asphyxie par la vapeur de charbon, par RENDU. (*Union méd.*, 4 avril.) — De l'intoxication oxycarbonée, par LAMIC. (*Thèse de Bordeaux.*) — Asphyxie par la vapeur de charbon, par RENDU. (*Semaine méd.*, 13 juin.) — Mort par inhalation des gaz d'un poêle à gazoline, par MAC CORMICK. (*Med. News*, 9 mai.) — Diagnostic de l'empoisonnement médico-légal par le tabac, par PLANAS. (*Thèse de Montpellier.*) — Mesure de la puissance musculaire dans l'empoisonnement par le curare, par GRÉHANT et QUINQUAUD. (*Soc. de biol.*, 18 avril.) — Mesure de la puissance musculaire dans l'empoisonnement, par l'oxygène comprimé, par GRÉHANT et QUINQUAUD. (*Soc. de biol.*, 30 mai.) — Glycosuries toxiques et en particulier intoxication par le nitrate d'urane, par CARTIER. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Accidents toxiques consécutifs à l'emploi thérapeutique du salol, par DÉRIGNAC. (*Soc. méd. des hôp.*, 15 mai.) — Empoisonnement par la crème glacée, par HULL. (*Med. News*, 27 juin.) — Tableau de l'ivresse par l'opium, effets, traitement, par WATSON. (*Journ. of nerv. dis.*, juin.) — Empoisonnement par la cocaïne, par SCHELLENBERG. (*Therap. Monats.*, juin.) — Discussion de la société de psychiatrie de Berlin sur un cas de cocaïnisme. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 352, 6 avril.) — Sur une forme prolongée de cocaïnisme aigu, par HALLOPEAU. (*Bull. de therap.*, 15 juin.) — Empoisonnement par le camphre, par ATKINS. (*Lancet*, 16 mai.) — Empoisonnement par le nitrobenzol, guérison, par HODSON. (*Lancet*, 18 avril.) — Empoisonnement par l'acide phénique chez un enfant, par CZYGAN. (*Therap. Monats.*, mai.) — Deux cas d'empoisonnement par l'acide phénique suivis de pneumonie, par T. CUMING ASKIN. (*Liverpool medico-chir. Journ.*, février.) — L'urine dans l'empoisonnement par le phosphore, par STARLING et HOPKINS. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVII, p. 275.) — Un cas d'empoisonnement par le sublimé, par PAUL DILTRICH. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, I, p. 71, janvier.) — De l'empoisonnement par le sublimé, par GEBHARD. (*Zeit. f. Geburts.* XXI, 2.) — Intoxication par le sublimé chez les femmes en couches, par SEBILLOTTE. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Sur l'intoxication par le chlorate de potasse, par LANDERER. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVII, p. 103.)

Enfant. — Les dispensaires d'enfants malades, par JAEGER. (*Thèse de Paris*, 1^{er} juillet.) — La nourricerie de l'hospice des Enfants assistés, par NICOLLE. (*Thèse de Paris*, 9 juillet.) — De la prédisposition morbide dans l'enfance, par GAUBERT. (*Thèse de Paris*, 11 juin.) — Sur la mortalité infantile en Belgique, par SCHREVEN. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, n° 2.) — Théorie et pratique de l'alimentation infantile, par MABBOTT. (*N. York med. Jour.*, 18 avril.) — Les troubles de la marche chez l'enfant, par LETORT. (*Thèse de Paris*, 6 mai.) — Naissance d'un enfant viable à six mois et demi, par COLLYER. (*N. York Acad. of med.*, 23 avril.) — Les atrophies cérébrales de l'enfance, leur traitement chirurgical, par STARR. (*N. York neurol. Soc.*, 3 juin.) — Paralysies obstétricales des nouveau-nés, par COMBY. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 janvier.) — Contribution à la

pathologie des paralysies cérébrales infantiles, par SACHS. (*N. York med. Journ.*, 2 mai.) — La curabilité de la maladie de Parrot (pseudo-paralysie infantile), par COMBY. (*Soc. méd. des hôp.*, 27 février.) — D'un cas de méningite de nature problématique et à forme très irrégulière, par DESCROIZILLES. (*Rev. mal. de l'enf.*, avril.) — Hémorragies irrégulières des nouveau-nés, par KUNDRAT. (*Soc. méd. de Vienne*, 31 octobre 1890.) — De l'hémiplégie spasmodique infantile, par RETROUVEY. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Diplégie spastique infantile avec tremblement, type de sclérose disséminée, par RAILTON. (*Brit. med. Journ.*, 27 juin) — Paralysie spinale atrophique subaiguë chez un enfant, par HOFFMANN. (*Deut. Zeit. f. Nervenhe.*, I, 1 et 2.) — Un cas de paralysie bulbaire chronique progressive chez un enfant, par HOFFMANN. (*Ibid.*) — Des formes du tabes chez les enfants, par A. PICK. (*Zeit. für Heilkunde*, nos 1 et 2, p. 171.) — Les convulsions chez l'enfant, par BAUMEL. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, 20 juin.) — Deux cas d'épilepsie chez l'enfant, par BAUMEL. (*Montpellier méd.*, 16 juillet.) — Tic convulsif des enfants, paramyoclonus et chorée électrique, étude critique et comparative, par JANOWICZ. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Trois cas d'aliénation dans l'enfance, par WELLS. (*Journ. of nerv. dis.*, mai.) — Etiologie et prophylaxie de la tuberculose infantile, par FLESCH. (*Wien. med. Woch.*, 6 juin.) — Étiologie de la tuberculose chez les enfants, par BITTERLIN. (*Thèse de Paris*, 23 avril.) — Gangrène du poulmon suite de pneumonie lobaire aiguë chez un enfant, guérison, par SYERS. (*Lancet*, 18 juillet.) — Sur une pneumonie endémique chez les nouveau-nés, par GAERTNER. (*Cent. f. Gynæk.*, 4 juillet.) — Étiologie de l'empyème chez l'enfant, par KOPLIK. (*Amer. Journ. of med. sc.*, juillet.) — Les pleurésies dans l'enfance et leur traitement, par PLICQUE. (*Progrès méd.*, 31 janvier.) — Traitement de la pleurésie purulente chez les enfants, par COMBY. (*Soc. méd. des hôp.*, 3 avril.) — Pneumothorax chez un enfant de 22 mois, consécutif à une lésion probablement syphilitique du poulmon, par SEVESTRE. (*Rev. mal. de l'enf.*, juin.) — Hémorragie ombilicale spontanée chez les nouveau-nés, par BOVEE. (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 25 avril.) — Hémorragies chez les nouveau-nés, par JACOBY. (*Americ. Journ. of obst.*, juin.) — Des hémorragies viscérales chez les nouveau-nés, analyse de 130 autopsies, par SPENCER. (*London obst. Soc.*, 3 juin.) — Quelques mots sur l'hématologie et le diagnostic hématologique des anémies de la première enfance, par LUZET. (*Rev. mal. de l'enf.*, mai.) — L'anémie infantile pseudo-leucémique, par LUZET. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — De la leucémie chez l'enfant, par ORTNER. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXII, 3.) — Purpura hémorragique et hémiplégie droite sans paralysie faciale, par COLLINET. (*Rev. mal. de l'enf.*, juillet.) — Tachycardie chez les enfants, par KOPLIK. (*N. York Acad. of med.*, 14 mai.) — Des cirrhoses hépatiques chez les enfants, par POREMSKI. (*Thèse de Paris*, 18 juin.) — Diagnostic de la forme méningée de la dothiéntérie infantile, par GEORGEVITCH. (*Thèse de Paris*, 24 juin.) — De l'ictère des nouveau-nés, par CNOFF. (*Münch. med. Woch.*, 21 avril.) — Période prémonitoire de la typhlité et de la pérityphlité chez les enfants, son traitement à Châtel-Guyon, par DESCHAMPS. (*Broch., Paris.*) — Du pronostic dans quelques variétés de néphrites chez les enfants, par DLUSKI. (*Thèse de Paris*, 24 juin.) — Péritonite aiguë mortelle chez une enfant, avec catarrhe vulvo-vaginal, par LINDSAY STEVEN. (*Lancet*, 30 mai.) — Péritonite idiopathique suppurée chez l'enfant, par PERRET. (*Lyon méd.*, 21 juin.) — Un cas de cystite du col chez un enfant de 3 ans, par BAUMEL. (*Union méd.*, 2 juin.) — Incontinence nocturne d'urine chez les enfants, par ESPÉRON-LACAZE DE SAROOL. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du traitement par l'antipyrine de l'incontinence d'urine essentielle chez les enfants, par GAUDEZ. (*Thèse*

de Paris, 11 juillet.) — Formes de la gangrène chez l'enfant, par GRANCHER. (*Gaz. des hôp.*, 7 juillet) — Observations et réflexions sur la pseudo-alopécie, et sur les escarres occipitales des jeunes enfants, par VARIOT. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 mai.) — Condylomes acuminés chez les enfants, par LANDESMANN. (*Wien. med. Woch.*, 23 mai.) — La fièvre chez les enfants, de l'emploi des antipyrétiques, leurs indications, leur mode d'emploi, par TISSIER. (*Ann. de méd.*, 6 mai.) — Erreurs communes dans le traitement des enfants, par CHEADLE. (*Practitioner*, juillet.) — Emploi et doses de l'antifébrine chez l'enfant, par RICHARDS. (*Brit. med. Journ.*, 16 mai.) — Sur l'emploi de l'exalgine dans la thérapeutique infantile, par MONCORVO. (*Bull. de théér.*, 30 mai.) — Plaie du pariétal chez un enfant de 6 ans; extraction d'un fragment osseux, complètement détaché, long de 9 centimètres et large de 2 à 6, guérison, par HERMES. (*Berl. klin. Woch.*, p. 267, 9 mars.) — Un cas de nécrose du maxillaire chez un enfant de 4 ans, par LEMPERT. (*Journ. connais. méd.*, 29 janv.) — Absès glandulaires chez les jeunes enfants, par HOFHEIMER. (*N. York med. Journ.*, 16 mai.) — 40 cas heureux de litholapaxie chez l'enfant, par GIMLETTE. (*Brit. med. Journ.*, 9 mai.) — Néphrolithotomie chez un enfant de 10 ans, par POLLARD. (*London clin. Soc.*, 10 avril.) — Laparotomie chez un enfant 10 heures après la naissance pour une hernie ombilicale congénitale, par HINKSON. (*N. York med. Journ.*, 23 mai.) — Deux cas de hernie inguinale chez l'enfant guéris par le régime, par THOMSON. (*Edinb. med. J.*, juin.)

Épilepsie. — De l'épilepsie corticale, par SOURY. (*Arch. de neurol.*, juillet.) — Note sur l'épilepsie, par DRAYTON. (*N. York med. Journ.*, 16 mai.) — Excitabilité de l'écorce cérébrale au point de vue de la pathogénie de l'épilepsie et de la chorée, par GALLERANI et LUSSANA. (*Arch. per le sc. med.*, XV, 2.) — L'épilepsie expérimentale chez la grenouille, par LABORDE. (*Soc. de biol.*, 2 mai.) — De la température centrale dans l'épilepsie, par BOURNEVILLE. (*Rev. de méd.*, avril.) — Sur les attaques de tremblement chez les épileptiques, par FÉRÉ. (*Rev. de méd.*, juin.) — Deux cas de crises épileptiformes suites d'indigestion chez des adultes, par HENRY. (*Rev. médic. Suisse romande*, XI, p. 53.) — Suppression de la sécrétion lactée à la suite d'un accès d'épilepsie, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 16 mai.) — Traitement de l'épilepsie par l'hydrate d'amylène. (*Rev. gén. de clinique*, n° 16, p. 247.) — Épilepsie guérie par l'antipyrine, par Mc CALL ANDERSON. (*Americ. Journ. of med. sc.*, mai.) — Bromure d'éthyle contre l'épilepsie, par DONATH. (*Therap. Monats.*, juin.) — Traitement de l'épilepsie jacksonienne, excision du centre des mouvements des bras, par ANGELL. (*N. York med. Journ.*, 18 avril.) — L'hydrate d'amylène dans l'épilepsie, par DREWS. (*Münch. med. Woch.*, 27 janvier.) — Action du bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie, par AGOSTINI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 1 et 2.) — Épilepsie corticale, trépanation du crâne en conservant le périoste dans ses rapports normaux avec l'os; réapplication du disque osseux trépané; guérison, par A. CASELLI. (*Riforma medica*, 27 janvier.)

Épithéliome. — De la division du noyau et de la division cellulaire dans les tumeurs épithéliales, par BOREL. (*Soc. de biol.*, 30 mai.) — Sur quelques formes de dégénérescences épithéliales rappelant les coccidies, par PILLET. (*Soc. anat.*, 27 mars.) — Mode de multiplication des noyaux et des cellules dans l'épithéliome, par CORNIL. (*Journ. de l'anat.*, n° 2.)

Erysipèle. — Action des produits solubles du streptocoque de l'érysipèle, par ROGER. (*Soc. de biol.*, 4 juillet.) — Sur l'érysipèle des nouveau-nés,

par DALÉAS. (*Thèse de Paris*, 9 juillet.) — Hématome enflammé et suppuré à la suite d'un érysipèle, par RECLUS. (Cong. franç. chir. *Bull. méd.*, 4 avril.) — Néphrite et urémie consécutives à l'érysipèle facial, par SALINGER. (*Med. News*, 4 juillet.) — Un cas de gangrène de la jambe consécutive à un érysipèle de la face, par SCHMIT. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 11 juillet.) — Traitement de l'érysipèle, par ALLEN. (*Americ. J. of med. sc.*, juillet.) — Un cas de guérison d'érysipèle de la face à répétition, par LAVRAND. (*Journ. sc. méd. Lille*, 26 juin.)

Estomac. — Le rapport des chlorures urinaires à l'urée dans l'hypersécrétion gastrique et le cancer de l'estomac, par BOUVERET. (*Rev. de méd.*, juillet.) — La méthode de Winter pour l'analyse du suc gastrique comparée à celle de Sjögvist et Mintz, par WAGNER. (*Arch. de phys.*, III, 3.) — Sur la proportion absolue et relative des sels dans le suc gastrique, par GEIGEL. (*Sitz. phys. med. Würzburg*, 3.) — Sur les méthodes de dosage des acides libres de l'estomac, par MINTZ. (*Wiener klin. Woch.*, 9.) — De la production d'acides dans l'estomac des nourrissons à l'état de santé et de maladie, par WOHLMANN. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXII, 3.) — Préparation des capsules pour l'analyse du suc gastrique, par VOIRY. (*Bull. de therap.*, 30 juin.) — De l'acide chlorhydrique stomacal, par BOAS. (*Centrbl. f. klin. Med.*, n° 8.) — Formation relative des protéoses et des peptones dans la digestion stomacale, par CHITTENDEN et HARTWELL. (*Journ. of phys.*, XII, 1.) — Malformation en sablier de l'estomac, par KAMMERER. (*N. York surg. soc.*, 25 mars.) — Absence de communication entre l'estomac et l'intestin, par BERNHEIM. (*Soc. anat. Paris*, 3 avril.) — Spasme essentiel du cardia, par MIRCOLI. (*Sperimentale*, 15 avril.) — Embarras gastrique, par MATHIEU. (*Gaz. des hôp.*, 9 juillet.) — Electricité intrastomacale, dilatation de l'estomac, par BARADUC. (*Assoc. franç. Cong. de Limoges*, p. 647.) — Dilatation de l'estomac, glycosurie, par DERIGNAC. (*Assoc. franç. Cong. de Limoges*, p. 772.) — Gastralgie, gastrite chronique et ulcère simples, par PETER. (*Bull. méd.*, 12 juillet.) — Tétanie mortelle suite de dilatation de l'estomac, par COLLIER. (*Lancet*, 6 juin.) — Gastrite alcoolique, hypochlorhydrie, ulcère d'estomac, perforation, thrombose de l'artère coronaire stomachique, par POL VASSAL. (*Soc. anat. Paris*, 19 juin.) — Des perforations et des ruptures spontanées de l'estomac, par MÉHIER. (*Thèse de Lyon*.) — De la transformation de l'ulcère simple de l'estomac en cancer, par PIGNAL. (*Thèse de Lyon*.) — Adénopathie sus-claviculaire dans le cancer de l'estomac. Péri-adénite suppurée. Fistule œsophagienne, par OLIVIER. (*Normandie méd.*, 1^{er} mai.) — Du diagnostic différentiel de l'ulcère simple et du cancer de l'estomac, par E. KOLLMAR. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 et 9 février.) — Carcinome de l'estomac consécutif à l'ulcère rond, par EISENLOHR. (*Deut. med. Woch.*, n° 52, 1890.) — Sur les troubles et les lésions de l'estomac chez les cardiaques, par HAUTECEUR. (*Thèse de Paris*, 5 mai.) — Procédé simple d'électrisation directe de l'estomac, par EINHORN. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 janvier.) — Traitement de l'ulcère de l'estomac par l'alimentation rectale, par ROBINSON. (*N. York med. Journ.*, 4 juillet.) — Des dilatations gastriques et du régime qui leur convient, par KYRIAKIDES. (*Thèse de Paris*, 15 juillet.) — Sur la faradisation intra-stomacale dans la médication de certains vomissements rebelles, par CARON. (*Thèse de Paris*, 15 juillet.) — Le diagnostic et le traitement de certaines formes de gastralgie, par BISS. (*Practitioner*, juillet.) — Gastroentérostomie pour cancer de l'estomac pratiquée il y a 18 mois; réapparition des symptômes de rétrécissement du pylore. Nouvelle laparotomie. Impossibilité d'établir une nouvelle fistule vu les adhérences cancéreuses à la paroi abdominale, par BRAUN. (*Berlin. klin. Woch.*,

- p. 356, 6 avril.) — Remarques cliniques et opératoires à propos de 5 observations de gastrostomie pour cancer de l'œsophage, par TERRIER et LOUIS. (*Rev. de chir.*, avril.) — Exploration digitale du pylore, par TAYLOR. (*Lancet*, 2 mai.) — Le traitement chirurgical du cancer de l'estomac et des intestins, par JESSETT. (*Brit. med. Journ.*, 27 juin.) — Résection de l'estomac cancéreux, par FORGES. (*Soc. de méd. de Vienne*, 6 février.) — Technique des sutures dans diverses opérations sur l'estomac et l'intestin, par H. BRAUN. (*Deut. med. Woch.*, n° 1.) — Canule à gastrostomie, par REYNIER. (*Bull. soc. de chir.*, XVII, p. 248.) — Autopsie d'une gastrostomie de HAHN pour cancer de l'œsophage; survie de 33 jours, par STROHE. (*Berl. klin. Woch.*, p. 266, 9 mars.) — Technique opératoire de gastrectomies pour cancer, par JONNESCO. (*Gaz. des hôp.*, 23 mai.) — Observations de gastro-entérostomie pour cancer du pylore, par ROBSON. (*Lancet*, 23 mai.) — Gastro-jejunosomie, par BROWN. (*London clin. soc.*, 24 avril.)
- Exanthème.** — Érythème salolé grave, par MOREL-LAVALLÉE. (*Soc. de dermat.*, 4 avril.) — Quelques éruptions cutanées apparaissant sous les bandages plâtrés, par ELLIOT. (*N. York med. Journ.*, 11 avril.) — Bromisme cutané, par FEULARD. (*Soc. franç. de dermat.*, 11 juin.) — Éruption généralisée consécutive à des frictions térébenthinées locales, par MOREL-LAVALLÉE. (*Ann. de dermat.*, II, 7.)

F

- Face.** — Guérison d'un cancroïde de la joue par la pyoktanine, par SEHLEN. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, XII, 12.)
- Ferment.** — Étude physiologique des levures alcooliques du lactose, par KAYSER. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 6.) — Sur l'existence de ferments digestifs dans les œufs de crustacés, par ABELOUS et HEIM. (*Soc. de biol.*, 25 avril.) — Détermination de la maltose, de la dextrose et de la dextrine dans le moût et la bière au moyen de cultures pures d'organismes de la fermentation, par ÉLION. (*Cent. f. Bakter.*, IX, 16.) — Action de la lumière sur la fermentation acétique, par GIUNTI. (*Le Stazion. sper. Agrar. ital.*, XVIII, p. 171.) — Action de l'électricité sur le ferment acétique, par TOLOMEI. (*L'Orosi*, XIII, p. 401.) — Sur la fermentation ammoniacale et les ferments de l'urée, par MIQUEL. (*Ann. de microg.*, n° 6.) — Propriétés chimiques des ferments solubles, par Éd. SCHAEER. (Exposé des travaux de Schœnbein.) (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1^{er} janvier.)
- Fibrome.** — Fibro-lipome de la queue du sourcil, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, 2 mai.) — Fibrome de la région inguinale droite, par MAYET. (*Gaz. méd. Paris*, 16 mai.)
- Fièvre.** — Cas de transmission de la fièvre aphteuse à l'homme par du beurre, par FROEHNER. (*Zeitschrift f. Fleisch und Milchhyg.*, 1890-91, p. 55.) — De la fièvre consécutive à l'oblitération vasculaire sans intervention microbienne, par GANGOLPHE et COURMONT. (*Arch. de méd. expér.*, III, 4.)
- Fièvre jaune.** — Histoire statistique de la fièvre jaune à Philadelphie, relation de 2 cas, par STAVELY. (*Med. News*, 9 mai.) — Sur un mode de traitement de la fièvre jaune, par LE ROY DE MERICOURT. (*Bull. acad. méd.*, 24 mars.) — Statistique des inoculations amarilles, par VINCENT. (*Arch. de méd. nav.*,

juin.) — Sur les inoculations préventives de la fièvre jaune, par FREIRE. (*Soc. de biol.*, 18 juillet.)

Fistule. — De la méthode américaine dans le traitement des fistules vésico-vaginales, par FRANK. (*Journ. de méd. Lille*, 24 avril.) — De la fistule vésico-cervicale, par BENCKISER. (*Cent. f. Gynæk.*, 9 mai.) — Histoire des trajets fistuleux et leur tendance à l'oblitération, par BODENHAMER. (*N. York med. Record*, 28 février.)

Foie. — Sur l'état de la fonction glycogénique du foie au moment de la mort dans quelques maladies, par BUTTE. (*Assoc. franç. Congrès de Limoges*, p. 677.) — Anatomie médicale du foie, par DEBOVE. (*Union médicale*, 28 avril.) — Du foie antiseptique, considérations physiologiques, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. de thér.*, 15 juillet.) — L'urobilinurie dans l'ictère, par MYA. (*Giornale Accad. di Medic. Torino.*, janvier.) — Hématopoièse dans les angiomes du foie, par PILLIET. (*Soc. de biol.*, 11 juillet.) — *Idem*, par MALASSEZ. (*Ibid.*) — De la colique hépatique, complications pulmonaires, par MAS. (*Thèse de Montpellier.*) — Comment traiter la douleur dans un accès de coliques hépatiques, par ÉLOY. (*Revue gén. de clinique*, n° 6, p. 86.) — Etude de diverses suppurations intra-hépatiques, par DANIN. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Abscès du foie sans micro-organismes, par PEYROT. (*Cong. franç. chir. Bull. méd.*, 4 avril.) — Abscès aréolaire du foie, par CLAISSE. (*Soc. anat. Paris*, 22 mai.) — Sur les abcès aréolaires du foie, par AUBERT. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Coliques hépatiques répétées, fistule biliaire hépato-bronchique, obstruction et dilatation des voies biliaires, angiocholite suppurée, ouverture d'un abcès biliaire à travers le diaphragme dans les bronches, infection biliaire, par THIROLOIX. (*Bull. Soc. anat. Paris*, mai.) — Mémoire concernant quatre observations d'abcès du foie traités par l'incision franche, par HACHE. (*Bull. acad. méd.*, 26 mai.) — Observation d'hépatite suppurée, par LÉO. (*Arch. de méd. nav.*, avril.) — Sur la cirrhose hépatique, par KAHLER. (*Wiener med. Blätter*, n° 14.) — Ictère à forme grave guéri par l'antisepsie gastro-intestinale, par DERIGNAC. (*Assoc. franç. Cong. de Limoges*, p. 771.) — Du cancer primitif du foie, par WHITE. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVII, p. 59.) — Cancer avec cirrhose, adénome, par MARTIN-DURR. (*Soc. anat. Paris*, 19 juin.) — De la contusion du foie, par TADDEI. (*Thèse de Montpellier.*)

Fracture. — Des fractures spontanées, par DUBRUEIL. (*Thèse de Paris*, 22 février.) — De la fièvre dans les fractures simples, par GANGOLPHE et JOSSE-RAND. (*Rev. de chir.*, juin.) — Fracture du rachis, du sternum et des cartilages costaux, par DUBRUEIL. (*Gaz. des hôp.*, 16 juin.) — Fracture de la clavicule par recul du fusil, par SIMPSON. (*Édinb. med. Journ.*, juin.) — Des indications de la suture osseuse dans les fractures de la clavicule, par CALLIGARI. (*Thèse de Paris*, 6 mai.) — Fracture de l'apophyse coracoïde sans autre lésion, par LUCAS. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVII, p. 45.) — Six cas de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, par BRAMWELL. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — Suture osseuse dans le traitement des fractures de l'olécrane, par SPRINGER. (*Thèse de Paris*, 9 juillet.) — Étude et critique expérimentales de la traction par les poids dans le traitement des fractures du corps du fémur par l'extension dans la rectitude, par THIÉRY. (*Gaz. méd. Paris*, 13 juin.) — Traitement des fractures de la rotule, description de plusieurs procédés personnels, par CHAPUT. (*Semaine méd.*, 17 juin.) — Le traitement sans opération des fractures non consolidées de la jambe, par J. RIDLON. (*N. York med. Record*, 31 janvier.) — Fracture de l'astragale, déplacement irréductible des fragments, par REED. (*Journ. Americ. med. ass.*, 16 mai.)

G

Gale. — Sur la gale et son traitement par le naphthol, par LACOMBE. (*Thèse de Bordeaux.*)

Gangrène. — Gangrène traumatique gazeuse, par CHAPPIAIN. (*Assoc. franç. Cong. de Limoges*, p. 760.) — Gangrène symétrique suite de grippe, par FAURE MILLER. (*Brit. med. J.*, 18 juillet.) — Gangrène microbienne d'origine urinaire, par GUYON et ALBARRAN. (5^e *Cong. franç. chir.*, *Bull. méd.*, 22 avril.) — Gangrène spontanée totale du scrotum chez un jeune homme, par BRAUN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 355, 6 avril.)

Génitaux (org.) — Sur trois cas de valvules de la muqueuse préputiale, par THIÉRY. (*Soc. anat.*, 27 mars.) — Varice lymphatique du pénis, par KÆBNER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 février.) — Phimosis congénital causant la mort à l'âge de 83 ans, par TAYLOR. (*Lancet*, 9 mai.) — Hygiène de la circoncision, par CROSSLAND. (*N. York med. Journ.*, 25 avril.) — Histoire et causes de la circoncision, par PUSCHMANN. (*Wien. med. Presse*, n° 10, p. 369.) — De la circoncision envisagée principalement chez l'adulte, par THIÉRY. (*Gaz. méd. Paris*, 18 avril.) — Cancer du pénis, amputation, par COLOMBE. (*Normandie méd.*, 1^{er} juin.) — Lésions des organes génitaux, par TAYLOR. (*Journ. of cutan. dis.*, juin.) — Les terminaisons nerveuses des petites lèvres et du clitoris, la pathologie du prurit vulvaire, par WEBSTER. (*Edinb. med. Journ.*, juin.) — Le traitement chirurgical de l'imperforation de l'hymen, par ROSS. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 4 juillet.) — Kystes des lèvres, par CONANT. (*Boston med. J.*, 4 juin.) — Guérison d'un prurit vulvaire par les courants continus, par CHOLMOGOROFF. (*Cent. f. Gynæk.*, 18 juillet.)

Genou. — Du genu valgum et de son traitement, par RECLUS. (*Gaz. des hôp.*, 21 mai.)

Géographie méd. — Contribution à la géographie médicale. Division navale de l'Extrême-Orient. Esquisse, climats pathologique, par SÉGARD. (*Arch. de méd. nav.*, avril.) — Les maladies des Indiens du nord de la Californie, par WOODRUFF. (*N. York med. Record.*, 24 janvier.) — Note sur les maladies cutanées à Maré, îles Loyalty, par MIALARET. (*Arch. de méd. nav.*, juillet.) — Contribution à la géographie médicale. Notes et observations recueillies au Rio Nunez, par LIÈVRE. (*Thèse de Bordeaux.*)

Glaucome. — Glaucome et myopie, par BETTREMIEUX. (*Journ. d'ocul. Nord de la France*, février.) — Le glaucome hémorragique, par VENNEMAN. (*Soc. franç. d'opht.*, 7 mai.)

Goutte. — De la goutte vésicale chez la femme, par MABBOUX. (*Ann. de gynéc.*, juin.) — Acide urique et goutte, par CAMERER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 10.) — Les manifestations chirurgicales de la goutte, par KNAGGS. (*Brit. med. J.*, 30 mai.)

Grefte. — Des greffes dermo-épidermiques à lambeaux confluent, par NOGUÉ. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Deux cas de greffe cutanée sur la muqueuse tympanique pour otorrhée purulente, par BERTHOLD. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 357, 6 avril.) — Greffe d'un grand lambeau de la paroi abdominale pour contracture du coude due à des cicatrices du lupus, par

BRAUN. (*Ibid.*, p. 356, 6 avril.) — Ablation d'un cancer de la tempe ayant détruit l'orbite; greffe d'un lambeau de peau pédiculé pour protéger la dure-mère à découvert au niveau du toit orbitaire, par BRAUN. (*Ibid.*, p. 355, 6 avril.) — Greffe par la méthode italienne modifiée, large ulcération du creux poplitée consécutive à une brûlure; emprunt d'un lambeau cutané à la cuisse opposée; réunion parfaite, par GUELLIOT. (*Bull. soc. de Chirurgie*, XVII, p. 124.) — Greffe cutanée après l'ablation de la mamelle, par CHEYNE. (*Lancet*, 4 juillet.) — Greffe cutanée, par LAPLACE. (*Med. News*, 13 juin.)

Grippe. — Épidémie de grippe, par WEBBER. (*Boston med. Journ.*, 14 mai.) — Notes sur l'épidémie de grippe, par GREENWOOD. (*Boston med. Journ.*, 30 avril.) — Les modifications atmosphériques et la grippe, par MARTIN. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 13 juin.) — L'épidémie de grippe de 1889-90 en Danemark, par J. CARLSEN. (*Ugeskrift for Læger* 1890 et *Hygienische Rundschau*, I, 215, 15 mars.) — Rapport général sur l'épidémie d'influenza à La Rochelle, par TRONCHET. (*Assoc. franç. Cong. de Limoges*, p. 746.) — Grippe, par EMMERLING. (*Med. News*, 25 avril.) — Notes sur la grippe, par WALLIAN. (*Med. News*, 25 avril.) — Étiologie de la grippe, par MERCANA. (*N. York med. Journ.*, 11 avril.) — Aspects cliniques de l'influenza, par WINSLOW. (*Boston med. j.*, 2 juillet.) — La grippe chez l'enfant, pouvant être confondue avec la dothiéntérie et la tuberculose aiguë, par BAUMEL. (*Gaz. hebdomadaire de Montpellier*, 2 mai.) — De l'influenza et de ses complications, par BRUCE. (*Lancet*, 30 mai.) — Nouvelles notes sur l'influenza, par SQUIRE. (*Lancet*, 11 juillet.) — Influenza et affection de l'oreille dans l'Afrique centrale, par BOWIE. (*Ibid.*) — Les maladies d'oreille dans l'influenza, par JOLY. (*Ann. mal. de l'or.*, avril.) — Hyperpyrexie dans la grippe, par GIBSON. (*Brit. med. j.*, 13 juin.) — Des troubles psychiques et nerveux dans la grippe, par KIRN. (*Samml. klin. Vorträge*, 23.) — L'épidémie d'influenza dans l'établissement d'aliénés de Vienne et son influence sur les psychopathies, par GAUSTER. (*Wien. med. Presse*, n° 4, p. 129.) — Un cas de sclérose latérale amyotrophique consécutif à la grippe chez une femme de 37 ans, par MENDEL. (*Berlin. klin. Wochens.*, 16 février.) — Maladie de Basedow, à la suite de l'influenza, par COLLEY. (*Münch. med. Woch.*, 18 novembre 1890.) — Traitement des névralgies de l'influenza par les bains de vapeur, par A. FREY. (*Deutsche med. Woch.*, n° 12.) — Grippe, abcès du cerveau, par BRISTOWE. (*Brit. med. j.*, 4 juillet.) — Exanthème particulier consécutif à la grippe, par MUNRO. (*Journ. of cutan. dis.*, juillet.) — Complications et suites de l'influenza, par NICHOLSON. (*Brit. med. j.*, 13 juin.) — Influenza avec douleurs abdominales et collapsus, par SIMON. (*Ibid.*) — Influenza avec néphrite aiguë, par FRASER. (*Lancet*, 27 juin.) — Deux cents cas de grippe traités par la salicine à hautes doses, par TURNER. (*Lancet*, 18 juillet.) — De la grippe et de son traitement par le sulfate de quinine, par GELLIE. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 avril.) — Du chlorhydrate d'ammoniaque dans le traitement de la grippe, par MARROTTE. (*Bull. acad. méd.*, 16 juin.)

Grossesse. — Influence de la grossesse sur les échanges respiratoires, par ODDI et VICARELLI. (*Sperimentale mem. orig.*, XLV, 2.) — Tuberculose et gestation, par HERGOTT. (*Ann. de gynéc.*, juillet.) — Des rapports de l'endométrite avec la grossesse et l'accouchement, par ROY. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — La rougeole et la scarlatine dans la grossesse et les suites de couches, par DE TORNERY et DURAND. (In-8°, 400 p., Paris.) — De l'atrophie des membres due à la paralysie infantile dans ses rapports avec la grossesse, par BAUDRY. (*Ann. de gynéc.*, mai.) — Hydramnios dans les premiers mois de la grossesse, par HAULTAIN. (*Americ. j. of obst.*, juin.)

— Observation de fausse grossesse, par LEMAIRE. (*Gaz. méd. Picardie, mai et Normandie méd.*, 15 mai.) — Des modifications organiques produites par la gestation, par SEGAY. (*Journ. méd., Bordeaux*, 22 mars.) — Grossesse trigémellaire, un enfant vivant, deux fœtus papyracés, par BAZZANELLA. (*Cent. f. Gynæk.*, 25 juillet.) — Grossesse chez une brightique; éclampsie au 5^e mois. Mort, par GÆTZ. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, p. 60.) — Grossesse chez une brightique; accidents urémiques; accouchement à terme, par BERNET. (*Ibid.*) — Grossesse molaire et albuminurie, par SCHUHL. (*Arch. de tocol.*, juin.) — Quatre cas de grossesse avec maladie de Bright, par HERMAN. (*Transact. obst. soc.*, XXXII, p. 320.) — Le mal de Bright de la grossesse, par J. TYSON. (*N. York med. Record*, 3 janvier.) — Hyperémèse de la grossesse, pyalisme, hystérie, par AHLFELD. (*Cent. f. Gynæk.*, 25 avril.) — Réponse à Ahlfeld sur la question de l'hyperémèse, par KALTENBACH. (*Ibid.*, 11 juillet.) — Encore la question de l'hyperémèse de la grossesse, par KALTENBACH. (*Ibid.*, 27 juin.) — *Idem*, par AHLFELD, CHAZAN. (*Ibid.*) — Hyperémie de la grossesse, par WARD. (*Med. News*, 11 avril.) — Quelques cas d'ablation de fibromes utérins pendant la grossesse, par ZABOROWSKI. (*Thèse de Paris*, 18 juin.) — De la grossesse après la ventrofixation de l'utérus en rétroflexion, par SAENGER. (*Cent. f. Gynæk.*, 18 avril.) — Ventrofixation utérine et grossesse, par LEOPOLD. (*Ibid.*) — Grossesse et ligature vaginale, par SCHUECKING. (*Ibid.*, 16 mai.) — Ventrofixation de l'utérus et grossesse, par GOTTSCHALK. (*Ibid.*) — Rupture de l'utérus chez une femme enceinte de neuf mois, écrasement de la tête fœtale, par BOTTEZ. (*Bull. soc. méd. de Jassy*, V, 1.) — Grossesse extra-utérine. Lithopédion siégeant sur la face antérieure de l'utérus et saillant sans intermédiaire dans la cavité péritonéale. Laparotomie, extraction du fœtus et du kyste, guérison, par TUFFIER. (*Annales de gynec.*, juin.) — Grossesse extra-utérine, par HUGHES. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 27 juin.) — Grossesse extra-utérine, rupture du kyste entre la 8^e et la 10^e semaine, guérison, par OUI. (*Arch. de tocol.*, juin.) — Grossesse tubo-utérine, par JEWETT. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Grossesse extra-utérine rétropéritonéale au 7^e mois, par JAGGARD. (*Ibid.*, avril.) — Grossesse tubo-ovarique, accouchement par les voies naturelles, par LVOFF. (*Med. Obosren.*, XXXV, 9.) — Deux cas de grossesse extra-utérine opérée avec succès, par LIHOTZKY. (*Soc. des méd. de Vienne*, 16 janvier.) — Embryon extrait dans une laparotomie pour hématocele péri-utérine, par BAZY. (*Bullet. soc. de Chirurgie*, XVII, p. 67.) — Rupture de grossesse extra-utérine, par MARTIN-DURR. (*Soc. anat. Paris*, juin.) — Traitement de la grossesse extra-utérine, par MONTGOMERY. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 4 juillet.) — Traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine, par REED. (*N. York med. Journ.*, 6 juin.) — L'opération vaginale dans la grossesse extra-utérine, par FENGER. (*Americ. journ. of Obst.*, avril.) — Plaidoyer en faveur de la laparotomie exploratrice dans les premiers stades de la grossesse extra-utérine, par JANVRIN. (*Ibid.*, juillet.)

Gynécologie. — Manuel des malades des femmes, par LUTAUD. (In-8^o. Paris.) — Opération ou électricité en gynécologie, par BIGELOW. (*Med. News*, 18 avril.) — La méthode suédoise en gynécologie, par V. PREUSCHEN. (*Deutsche med. Woch.*, n^o 10.) — Les rapports de la gynécologie et de la neurologie, par DEWEES. (*Jour. Americ. med. Assoc.*, 13 juin.) — Action de l'ichthyol dans les affections gynécologiques, par OBERTH. (*Wiener klin. Woch.*, 16 avril.)

H

Helminthe. — Sur quelques vers parasites de l'homme, *distoma hepaticum*, *distoma sinense*, etc., par BLANCHARD. (*Soc. de biol.*, 18 juillet.) — De la ladrerie chez l'homme, par STEFANI. (*Thèse de Montpellier.*) — Larve de cestoïde (cœnure) dans la pie-mère d'un enfant mort de méningite, par LANGENBUCH. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 janvier.)

Hémorragie. — Des hémorragies par les déchirures du col après l'accouchement, par PARSENOW. (*Cent. f. Gynaek.*, 4 juillet.) — Des hémorragies par déchirure du col après l'accouchement, par LABORDE. (*Thèse de Paris*, 9 juillet.) — Hémorragie vaginale au premier coït, septicémie, mort, par HAYNES. (*Americ. j. of obst.*, juin.) — Un cas d'hémorragie ombilicale incoercible chez un nouveau-né, et quelques remarques sur la diathèse hémorragique, par LUYT. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — L'antipyrine contre les hémorragies de la bouche, par CHOUPPE. (*Bull. méd.*, 12 juillet.) — De l'emploi de la caféine dans le traitement des hémorragies puerpérales, par MISRACHI. (*Bull. de théér.*, 15 mai.) — Des injections intraveineuses salines dans les hémorragies, par LEICHTENSTERN. (*Samml. klin. Vorträge*, 25.) — De l'emploi de la térébenthine et de l'opium associés dans les hémorragies capillaires, par HERVÉ. (*Thèse de Montpellier.*) — De l'hémostase préventive dans les opérations chirurgicales, par AUDAIN. (*Thèse de Paris*, 2 juillet.)

Hernie. — Variétés anatomiques et cure radicale de la hernie inguinale chez l'homme, par DURET. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Des hernies inguinales congénitales chez la femme, et des hernies de l'ovaire, par BOUDAILLE. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Du traitement des hernies étranglées ou enflammées par la kélotomie suivie de cure radicale, par RAYMOND. (*Assoc. franç. Congrès de Limoges*, p. 638.) — Cure radicale de hernie inguinale, par DELBET. (*Soc. anat. Paris*, 19 juin.) — Deux cents herniotomies, par HABS. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 3 et 4.) — La cure radicale des hernies, par BOONE. (*Med. news*, 9 mai.) — L'importance de la cure radicale après l'opération de hernies étranglées, par LOCKWOOD. (*Brit. med. j.*, 18 juillet.) — De la cure des hernies étranglées par l'entérotomie suivie de l'entérorraphie longitudinale, par MARIN. (*Thèse de Lyon.*) — Observation de hernie récidivant après des opérations de cure radicale, par BULL. (*N. York med. journ.*, 30 mai.) — Des laparocèles ou hernies latérales de l'abdomen. par DURET. (*Journ. sc. méd. Lille*, 5 juin.) — Trois cas de hernie cœcale étranglée chez des enfants, par PAGET. (*Lancet*, 25 avril.) — Hernie du cœcum, par CHIPAULT. (*Soc. anat. Paris*, 22 mai.) — Hernie ventrale, rupture des enveloppes, issue des intestins et exposition à l'air 18 heures, guérison, par MEKONE. (*Med. news*, 27 juin.) — Des hernies de la ligne blanche, par ROTH. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 1.) — Hernie étranglée gangrenée avec complication de bronchopneumonie, par FISCHER et LEVY. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 3 et 4.) — Tuberculose herniaire, par JONNESCO. (*Rev. de chir.*, juin.)

Histologie. — Procédé de Taenzer de coloration à l'orcéine des tissus élastiques, par UNNA. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XII, 9.) — Nouvel emploi de la saponine, par KAUFMANN. (*Cent. f. Bakt.*, IX, 22.) — La cornée et le tendon après l'action de la potasse, par ZACHARIADÈS. (*Soc. de biol.*, 18 juillet.)

Hôpitaux. — Les hôpitaux d'enfants en Italie, par VARIOT. (*Rev. scientif.*, 23 mai.) — De la spécialisation des hôpitaux, par LEYDEN. (*Deutsche medicin. Zeitung*, 1890, et *Hygienische Rundschau*, I, p. 64.)

Hydatide. — Des hydatides articulaires, par FISCHER. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 1 et 2.) — Infiltration échinocoque du lobe supérieur du poumon droit; vomique, guérison, par L. REVILLIOD. (*Revue méd. Suisse romande*, XI, 129.) — Hydatides multiples de l'abdomen, guérison, par HANDFORD. (*Lancet*, 4 juillet.) — Un cas d'hydatide de la paroi abdominale antérieure, par BORN. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1^{er} février.) — Coliques néphrétiques, par kystes hydatiques, par SCHNELL. (*Marseille méd.*, n° 3.) — Kyste hydatique calcifié du rein droit, par CHIBRET. (*Soc. anat. Paris*, 22 mai.) — De l'incision hypogastrique dans les kystes hydatiques de l'espace rétro-vésical, par TUFFIER. (5^e Congrès franç. chir., *Bulletin méd.*, 22 avril.) — Kyste hydatique de la région lombaire, par BARRIÉ. (*Soc. anat. Paris*, 19 juin.) — Kystes hydatiques de la région sacro-lombaire, par VILLARD. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Kyste hydatique de la face supérieure du foie, par MAYDL. (*Soc. méd. de Vienne*, 19 décembre 1890.) — Des hydatides du foie, leur chirurgie, par LANGENBUCH. (*Stuttgart*, 1890.) — Trois kystes hydatiques du foie guéris par la ponction avec l'injection de liqueur de Van Swieten, par HANOT. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — Forme rare d'hydatide du foie traitée par le cautère, par ROBINSON. (*Lancet*, 2 mai.) — Hydatide du foie, laparotomie, incision et drainage, par EASTES. (*Brit. med. j.*, 9 mai.) — Traitement des kystes hydatiques du foie par les lavages et les injections antiseptiques, par MORIN. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Traitement des kystes hydatiques du foie, par CHÉRON. (*Union médicale*, 10 février.) — Traitement des kystes hydatiques par le lavage au sublimé, par MESNARD. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 5 avril.)

Hydropisie. — Traitement mécanique de l'hydropisie, par SCHILLING. (*Munch. med. Woch.*, 5 mai.)

Hydrothérapie. — Technique des pratiques hydrothérapiques, par BURGONZIO, traduction de DURAND-FARDEL. (*In-12*, Paris.)

Hygiène. — Précis d'hygiène publique, par BEDOIN. (*In-16*, Paris.) — Cours d'hygiène pratique, hygiène individuelle, hygiène scolaire, hygiène publique, par BALESTRE. (*In-12*, Paris.) — L'hygiène physique et le bicycle, par ROCKWELL. (*N. York med. Journ.*, 23 mai.) — Une commune de consanguins, par MARTIN. (*Union médicale*, 24 février.) — L'insalubrité des stations maritimes, thermales et hivernales, par L. REUSS. (*Annales d'hyg. publ.*, février.) — Utilisation des eaux d'égout en Allemagne, par GIRODE. (*Ibid.* février.) — La rivière la Divette et la fièvre typhoïde à Cherbourg, par O. DU MESNIL. (*Ibid.*, février.) — Rapports au Conseil de salubrité du Rhône sur le projet d'amélioration et d'extension du service des eaux de Lyon, par ARLOING. (*Revue d'hyg.*, février.) — L'eau filtrée à Nantes et le puits Lefort, par JOUON. (*Ibid.*, février.) — De l'épuration des eaux industrielles par la chaux et l'irrigation agricole, par H. SCHREIB. (*Zeitschr. f. angew. Chem.*, 1890, et *Hygienische Rundschau*, I, 110.) — Sur la suppression des tueries particulières, par HELLET. (*Revue d'hyg.*, février.) — Du mode d'examen anatomique des bêtes bovines tuberculeuses, par OSTERTAG. (*Hyg. Rundschau*, I, p. 121.) — De la création d'abattoirs sanitaires aux frontières, par TRACINSKI. (*Deutsche Viertelj. f. öff. Gesund.*, XXII, et *Hygienische Rundschau*, I, 76.) — De l'emploi dans la consommation des bêtes de boucherie atteintes de maladies infectieuses, par BOLLINGER. (*Viertelj. f. öff. Gesundheit*, 1891, et *Hygienische Rundschau*, I, 157.) — Or-

donnance du préfet de police (24 décembre 1890) créant un échaudoir spécial pour l'abatage des animaux malades ou suspects. (*Ann. d'hyg. publ.*, février.) — Arrêté royal belge du 9 février 1891 réglementant le commerce des viandes. (*Le Mouvement hygiénique*, VII, 118, mars.) — Arrêté royal belge du 10 décembre 1890 portant réorganisation du service vétérinaire. (*Ibid.*, VII, 32.) — La prétendue nocuité de la viande de porc américain par WASSERFUHR. (*Hygienische Rundschau*, I, 246, 1^{er} avril.) — La putréfaction des viandes, par MACÉ. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXV, 268, mars.) — Courtes instructions pour les experts chargés de l'examen des porcs trichineux, par Robert MULLER. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, I, supplément, 123, avril.) — L'appréciation de la viande des animaux de boucherie tuberculeux, et l'ouverture d'étaux de basse boucherie dans les abattoirs, par SCHNEIDEMUHL. (*Thiermer. Rundschau*, 1890-91, et *Hygienische Rundschau*, I, 265, 1^{er} avril.) — Sur un moyen de reconnaître la margarine mêlée au beurre, par LÉZÉ. (*Acad. des sc.*, 13 avril.) — Circulaire ministérielle belge du 6 février 1891, relative au règlement sur la vente des beurres artificiels. (*Le Mouvement hygiénique*, VII, 106, mars.) — Règlement belge sur la vente des beurres artificiels. (*Ibid.*, VII, 28.) — Du café factice et de son emploi pour préparer le café rôti, par A. STUTZER. (*Zeitschrift für angew. Chem.*, 1890, et *Hygienische Rundschau*, I, 120.) — Les famines, par PROUST. (*Gaz. des hôp.*, 30 avril.) — Sur les conditions d'étamage et de soudure des boîtes de conserves alimentaires, par GRIMAU. (*Ann. d'hyg. publ.*, février.) — Règlement belge du 10 décembre 1890, relatif aux ustensiles, vases, etc., employés dans l'industrie et le commerce des denrées alimentaires. (*Mouvement hygién.*, VII, 31.) — Arrêté royal belge du 10 décembre 1890 réglementant la coloration artificielle des denrées alimentaires. (*Ibid.*, VII, 31.) — Instructions du Conseil de salubrité de la Seine concernant la variole, la fièvre typhoïde et la diphtérie. (*Ann. d'hyg. publ.*, février.) — Rapports entre l'humidité atmosphérique et la déperdition de vapeur d'eau des corps, par RÜNER. (*Arch. f. Hyg.*, XI, et *Hygienische Rundschau*, I, 89.) — Détermination de la vitesse de l'air dans les tuyaux de ventilation à l'aide du manomètre, par SCHÖENWERTH. (*Arch. f. Hyg.*, XI, et *Hygienische Rundschau*, I, 104.) — Instructions du Conseil supérieur d'hygiène de Belgique sur les mesures à prendre dans les localités atteintes par l'inondation. (*Le Mouvement hygiénique*, VII, 66.) — La lutte contre les maladies contagieuses dans les villes, par M. FLEISCH. (*Frankfort.*) — La prophylaxie de l'épidémie dans les villes d'hôtels, par Ad. NICOLAS. (*Revue d'hyg.*, XIII, 245, mars.) — La disposition des rues dans les grandes villes eu égard à l'installation des réseaux de conduites et de fils, par James HOBRECHT. (*Gesundheits Ingenieur*, 1890, n° 19, et *Hygienische Rundschau*, I, p. 16.) La défense sanitaire des villes, les bureaux d'hygiène, par ROUX. (*Province méd.*, 18 avril.) — Plans de maisons économiques et salubres, par R. KLETTE. (*Berlin*, 1891, et *Hygienische Rundschau*, I, 185, 1^{er} mars.) — Circulaire du ministère prussien des affaires médicales concernant l'emploi de poêles en fer dans les établissements scolaires. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, I, 391, avril.) — Rapport du Conseil supérieur d'hygiène de Belgique sur l'assainissement des habitations ouvrières. (*Le Mouvement hygiénique*, VII, 123, mars.) — Améliorations hygiéniques introduites à bord des navires, par R. HAACK. (*Hygienische Rundschau*, I, 281 et 325, 15 avril et 1^{er} mai.) — Les dépôts mortuaires en Danemark, en dehors de Copenhague, par V. BUDDE. (*Ugeskr. f. Laeger*, 1890, et *Hygienische Rundschau*, I, 234, 15 mars.) — Le dépôt mortuaire du cimetière du nord à Paris, par O. DU MESNIL. (*Annales d'hyg. publ.*, février.) — Règlement modèle belge pour les fosses d'aisances, à purin et à fumier. (*Mouvement hygiénique*, VII, 68.) — Sur le développement de la puberté et sur ses rapports avec la santé de la

jeunesse scolaire, par AXEL KEY. (*Nordiskt Med. Arkiv*, XXIII, 4.) — Exigences de l'éducation physique dans les écoles viennoises, par L. KOPECNY. (*Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege*, 1890, et *Hygienische Rundschau*, I, 22.) Les colonies scolaires à Berlin, par BORCHARDT. (*Deutsche Viertelj. f. öff. Gesundheitspflege*, 1890, et *Hygienische Rundschau*, I, 20.) — Excursions d'écoliers serbes, par N. J. PETROWITSCH. (*Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege*, 1890, et *Hygienische Rundschau*, I, p. 68.) — Historique et état actuel de l'hygiène scolaire en Norwège, par M. K. HAKONSON-HANSEN. (*Zeitschrift f. Schulgesundheitspf.* 1890, et *Hygienische Rundschau*, I, 225.) — Les jeux scolaires dans les écoles supérieures de filles, par O. SOMMER. (*Zeitschr. f. Schulgesund.* 1891, et *Hygienische Rundschau*, I, 312, 15 avril.) — Recherches sur l'éclairage naturel des écoles municipales à Göttingue, par STUDEMANN. (*Arch. f. Hyg.* XI, et *Hygienische Rundschau*, I, 310, 15 avril.) — Le système convenable pour l'éclairage scolaire, par P. ENKO. (*Zeitschr. f. Schulgesund.* 1891, et *Hygienische Rundschau*, I, 311, 15 avril.) — Tableau publié par la préfecture de police de Berlin, contenant les remèdes secrets qui après avoir été analysés ne peuvent être l'objet d'annonces. — (*Viertelj. f. gericht. Med.*, I, 392, avril.) — L'acroléine dans le suifage des cuirs, hygiène des ouvriers, par FERRAND. (*Lyon méd.*, 5 juillet.) — Des précautions à prendre pour garantir les ouvriers dans la fabrication de la nitroglycérine, par F. SCHEIDING. (*Zeitschr. f. angew. Chem.*, 1890, et *Hygienische Rundschau*, I, 236, 15 mars.)

Hygroma. — De l'hygroma olécranien, par DUPLAY. (*Union médicale*, 28 février.) — Un cas d'hygroma kystique congénital, guérison par le drainage, par IPARIC. (*Wiener med. Woch.*, 13 juin.) — Pathologie des ganglions, par SPENCER. (*Brit. med. j.*, 25 avril.)

Hypnotisme. — Hypnotisme et hystérie, par BABINSKI. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 25 juillet.) — Des formes typiques du grand hypnotisme, par PITRES. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 mars.) — Hypnotisme, par CRUISE. (*Dublin J. of med. sc.*, mai.) — Doit-on faire l'essai de l'hypnotisme? par KINGSBURY. (*Ibid.*) — Du vigilambulisme hystérique et de la suggestion hypnotique, par P. BLOCCO. (*Revue gén. de clinique*, n° 9, p. 129.)

Hystérie. — Hystérie et chorée de Sydenham, par TOCHE. (*Thèse de Paris*, 14 mai.) — Quelques cas d'hystérie mâle et de neurasthénie, par GRASSET. (*Montpellier méd.*, 1^{er} mai.) — Sur un cas d'hystérie masculine, par CHARCOT. (*Arch. de neurol.*, juillet.) — Le sang dans l'hystérie normale, par GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINÉAU. (*Progrès médical*, 14 février.) — Des troubles trophiques dans l'hystérie, par PITRES. (*Ibid.*, 21 février.) — Physiopathologie de l'hystérie, par MYA. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 2.) — Sur une forme rare d'accès hystéro-épileptiques survenus à longs intervalles, par TEBALDI. (*Arch. ital. per le mal. nervose*, 1 et 2.) — De l'influence des excitations des organes des sens sur les hallucinations de la phase passionnelle de l'attaque hystérique, par GUINON et WOLTKE. (*Arch. de neurol.*, XXI, 63.) — Sur un cas d'hystérie, simulation du syndrome de Weber, par CHARCOT. (*Arch. de neurol.*, XXI, 63.) — Mélancolie hystérique guérie par la trachélorrhaphie, par F. CHURCHILL. (*N. York med. Record.*, 31 janvier.) — Des névralgies hystériques et en particulier de la névralgie faciale, par ARTIÈRES. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes, par CHARCOT. (*Progrès médical*, 16 mai.) — Accidents hystérotraumatiques consécutifs à une décompression brusque, par DEBOVE et RÉMOND. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 5 juin.) — L'hystérie peut-elle simuler l'épilepsie jacksonienne? par GLATZ. (*Lyon méd.*, 28 juin.) — Pseudo-méningite hystérique. Inversion de la formule

des phosphates urinaires, par CHANTEMESSE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 mai.) — Manie hystérique, par TOMLINSON. (*Journ. of nerv. dis.*, avril.) — Anesthésie du côté droit, suivie d'hyperesthésie du même côté, de parésie à gauche, avec balanite, par NOBLE. (*Journ. of nerv. dis.*, avril.) — Sur le mutisme hystérique, par BIOLET. (*Thèse de Paris*, 11 juin.) — A propos du bégayement hystérique, par CHERVIN. (*Archiv. de neurol.*, XXI, 63.) — Hématomyélie ou hystérie ? par STROHE. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 267, 9 mars.) — De la paralysie faciale hystérique, par DECoux. (*Thèse de Paris*, 2 juillet.) — Paraplégie hystérique chez un garçon de 13 ans, suggestion, guérison, par Eugène REVILLIOD. (*Revue méd. Suisse romande*, XI, 190, mars.) — Paralysie faciale hystérique, par BOINET. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 janvier.) — Paralysie faciale hystérique, par DESCROIZILLES et PASQUIER. (*Bull. méd.*, 7 juin.) — Des rapports de la migraine ophtalmique avec l'hystérie, par FINCK. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Du strabisme hystérique, par DE LAPERSONNE. (*Bull. méd. Nord*, 3.) — Troubles trophiques cutanés dans l'hystérie, par RICHARDIÈRE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 mars.) — Sur un cas de paralysie hystérotraumatique des quatre membres, par SÉRIEUX. (*Arch. de neurol.*, juillet.) — Sur l'hystérotraumatisme, par BILLON. (*Thèse de Montpellier*.) — Deux cas d'hystérie traumatique, par HUN. (*Med. news*, 11 avril.) — Ischurie hystérique, par LITTLE. (*Lancet*, 4 juillet.) — Les coxalgies hystériques, par PLICQUE. (*Gaz. des hôp.*, 6 juin.) — Contracture hystérique simulant une arthrite du genou, par COURMONT. (*Province méd.*, 14 mars.) — De l'ablation des annexes de l'utérus dans l'hystérie, par CASTAGNÉ. (*Thèse de Montpellier*.) — De la castration dans l'hystérie, par ZUKOWSKI. (*Wiener med. Woch.*, 4 juillet.)

I-K

Ichthyose. — De l'ichthyose, par DANFORTH. (*Med. News.*, 11 avril.) — Ichthyose congénitale chez trois enfants d'une mère qui avait eu précédemment d'un autre lit trois enfants sains, par CESTREICHER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 janvier.)

Idiotie. — De l'idiotie, par GUICCIARDI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 1 et 2.)

Impetigo. — Sur l'impétigo et certaines de ses localisations chez l'enfant, par DUPREY. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.)

Infection. — Influence du processus inflammatoire sur la marche de l'infection, par WOOD et ROSS. (*Edinb. med. Journ.*, mai.) — De l'origine et des conditions de virulence dans les maladies infectieuses, par POMMAY. (*Ann. de microg.*, n° 6.) — Gravité et bénignité dans l'infection, par CHARRIN. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 9 mai.) — La question de l'immunité dans les maladies infectieuses, par WOLFF. (*Cent. f. allg. Path.*, 1^{er} juin.) — De l'importance du tissu lymphoïde nodulaire comme agent de défense de l'organisme contre les agents infectieux, par J. MEYER. (*Fortschritte der Medicin*, n° 4, p. 143.) — Influence du processus inflammatoire sur le cours de l'infection, par WOOD et ROSS. (*Edinb. med. Journ.*, juin.) — Étude des infections pyo-septicémiques générales, par KARLINSKI. (*Prager med. Woch.*, 20 mai.) — Étude clinique et expérimentale sur les maladies infectieuses chirurgicales, par FESSLER. (*Munich.*, 1890.)

Inflammation. — Examen des doctrines de l'inflammation, par BOUCHARD.

(*Semaine méd.*, 15 avril.) — De l'origine des cellules de pus et du rôle de ces éléments dans les tissus enflammés, par RANVIER. (*Acad. des sc.* 27 avril.) — Sur l'action du cantharidate de potasse sur les processus inflammatoires, par COEN. (*Arch. de méd. exp.*, III, 3.)

Injection. — Nouveau procédé d'injection péritonéale chez les animaux en expérience, par STEVENSON et BRUCE. (*Brit. med. J.*, 6 juin.) — Sur la valeur thérapeutique des injections de sérum de chien, par FEULARD. (*Soc. de dermat.*, 9 juillet.) — Injections hypodermiques d'huile créosotée, procédé de Burlureaux; leurs effets physiologiques, par HAMON. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Préparation des extraits liquides provenant des différents organes de l'économie animale destinés aux injections sous-cutanées thérapeutiques, par BROWN-SÉQUARD et d'ARSONVAL. (*Arch. de phys.*, III, 3.) — De l'injection des extraits liquides provenant des glandes et des tissus de l'organisme comme méthode thérapeutique, par BROWN-SÉQUARD et d'ARSONVAL. (*Soc. de biol.*, 18 avril.) — 2^e note sur l'injection des extraits liquides de divers organes comme méthode thérapeutique, par BROWN-SÉQUARD et d'ARSONVAL. (*Ibid.*, 25 avril.) — Rejet de l'emploi de tous les antiseptiques autres que la glycérine et l'acide carbonique pour la préparation des extraits organiques destinés aux injections thérapeutiques sous-cutanées, par BROWN-SÉQUARD et d'ARSONVAL. (*Ibid.*, 4 juillet.) — Accidents provoqués par une injection de pilocarpine, par FURET. (*Revue de clinique*, n° 12, p. 186.) — Solution titrée de lactate de quinine pour injections hypodermiques, par VIGIER. (*Journ. de pharm.*, 1^{er} juillet.)

Intestin. — Les processus chimiques dans l'intestin grêle, par MACFAYDEN, NENCKI et SIEBER. (*Journ. of Anat.*, avril.) — Des maladies inflammatoires primitives de l'appareil digestif, par O. DUBOIS. (In-16, Paris.) — Sur l'entéro-colite chronique endémique des pays chauds, par BERTRAND et FONTAN. (*Arch. de méd. nav.*, juin.) — Fréquence de la diarrhée chronique chez la femme, causes et traitement, par JOHNSTON. (*Americ. J. of obst.*, juin.) — Acide lactique dans la diarrhée verte, par MARTIN et JEANDIN. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, 59.) — L'arséniate de cuivre dans les maladies aiguës de l'intestin, par H. SCHULZ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 10.) — Traitement de la diarrhée chronique, par POLLATSCHKE. (*Wiener med. Woch.*, 6 juin.) — Du traitement des affections chroniques du gros intestin et en particulier du cancer du rectum par l'antisepsie intestinale, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. de thér.*, 30 juin.) — Occlusion intestinale traitée par la laparotomie, par JONES. (*Lancet*, 20 juin.) — Rupture de l'intestin grêle, par NELSON. (*St-Louis Courier of medicine*, III, n° 5.) — De l'intervention chirurgicale dans quelques maladies de l'intestin, par TOURNIER. (*Revue gén. de clinique*, n° 14, p. 209.) — Pince pour résection intestinale, par QUÉNU. (*Bull. Soc. de chirurgie*, XVI, p. 825.) — Du pincement de l'intestin par les fissures sus-ombilicales, par VERNET. (*Thèse de Paris*, 17 juin.) — De l'anastomose intestinale, par HALLSTED. (*Bull. of John Hopkins hosp.*, janv.) — Nouveau procédé d'entérorraphie circulaire, par PAUL. (*Lancet*, 30 mai.) — De l'entéro-anastomose ou opération de Maisonneuve; procédés opératoires, indications, résultats, par CHAPUT. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Résection d'un cancer de l'intestin par le rectum, par PIGEON. (*Brit. med. J.*, 20 juin.) — 33 résections intestinales à la clinique de Kocher. Étude de la résection de l'intestin dans la hernie gangréneuse, par SACHS. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 1 et 2.) — L'emploi de la ligature élastique dans la chirurgie intestinale, par MC GRAW. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 16 mai.) — Étude des appendicites, par BENOIST. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — De l'appendicite et de son traitement. par IVERSEN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 12. —

De l'appendicite et de son traitement, par LE PORT. (*Thèse de Bordeaux*.) — Pérityphlite, par PHILLER. (*Med. News*, 11 avril.) — Absès perityphlique, par MC ELDERRY. (*N. York med. Journ.*, 23 mai.) — Absès perityphlique avec ileus, par WEYDNER. (*Münch. med. Woch.*, 5 mai.) — Pyléphlébite consécutive à une appendicite, par LELONG. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Appendicite récidivée avec adhérences autour de la tête du côlon; opération, guérison, par MAREY. (*Boston med. Journ.*, 28 mai.) — L'excision de l'appendice est-elle une opération justifiée dans l'appendicite récidivante? quand doit-on la faire et dans quels cas? par PORTER. (*Boston med. Journ.*, 2 avril.) — Résection de l'appendice vermiciforme entre deux attaques d'appendicite, par ELLIOT. (*Amer. j. of med. sc.*, juin.) — Deux cas de résection de l'intestin par la méthode de Senn, par LANE. (*London clin. Soc.*, 8 mai.) — Résection de l'appendice cæcal pour coliques appendiculaires, par SCHWARTZ. (*Bullet. soc. de chirurgie*, XVII, p. 228.) — Deux cas de résection du cæcum. Une guérison, par HOFMOKL. (*Soc. méd. de Vienne*, 31 oct., p. 190.) — Discussion de la réunion libre des chirurgiens de Berlin sur le traitement de la pérityphlite. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 janvier.) — Traitement chirurgical de la pérityphlite et notamment de l'opération en deux temps, par SONNENBURG. (*Ibid.*, 12 janvier.)

Iris. — De l'iritis séreuse, par CHATELOT. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.) — Iritis métritique, par DE WECKER. (*Semaine méd.*, 29 avril.) — Quelques points du diagnostic différentiel de l'iritis et de la conjonctivite, par CHENEY. (*Boston med. J.*, 4 juin.) — Uvéite irienne, par GRANDCLÉMENT. (*Lyon méd.*, 11 janv.) — Traitement de l'iritis syphilitique avec gommes de l'iris par les injections sous-conjonctivales de solutions de sublimé, par SECONDI. (*Giornale Accad. di medic.*, Torino, janvier.) — Kyste séreux de l'iris, par CZERMAK. (*Soc. méd. de Vienne*, 31 oct. 1890.)

Kyste. — De la pathogénie des kystes cutanés et sous-cutanés à contenu athéromateux, par CHIARI. (*Zeit. für Heilkunde*, nos 1 et 2; p. 189.) — Du développement des kystes athéromateux, remarques sur les kystes folliculaires et les comédons, par TÖRÖK. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XII, 10.) — Kyste dermoïde de la nuque, par DELOTTE. (*Assoc. franç. Cong. de Limoges*, p. 769.) — Un kyste dermoïde à contenu huileux avec des cellules géantes, par EDVIN GOLDMANN. (*Beiträge z. path. Anat.*, VII, 4, p. 553.)

L

Lacrymal (App.). — Des complications des affections des voies lacrymales, par DANIEL. (*Thèse de Montpellier*.) — De la péricystite lacrymale, par PARINAUD. (*Ann. d'oculist.*, mai.) — Traitement des affections des voies lacrymales, par TERSON. (*Soc. franç. d'opht.*, 4 mai.) — Curetage du sac lacrymal, par BON. (*Thèse de Paris*, 8 juillet.) — Traitement de la dacryocystite chronique, par SILEX. (*Deutsche med. Woch.*, n° 4.)

Lait. — Des propriétés bactéricides du lait, par A. P. FOKKER (*Zeitschr. f. Hyg.* 1890, et *Hygienische Rundschau*, I, 156.) — Résultats d'analyses des matières grasses du lait par la méthode de Reichert et Wollny, par P. VIETH. (*Milchzeitung* 1890 et *Hygienische Rundschau*, I, 231, 15 mars.) — Sur les protéïdes du lait, par HALLIBURTON. (*Brit. med. Journ.*, 23 mai.) — Les protéïdes dans le lait, par SEBELIEN. (*Journ. of phys.*,

XII, 4.) — Sur le phénomène de l'agrissement et de la coagulation spontanée du lait de vache, par BÉCHAMP. (*Bull. Acad. méd.*, 24 mars). — La chimie et la valeur clinique du lait stérilisé, par LEEDS. (*Amer. j. of med., sc.*, juin.) — De la stérilisation du lait pour la nutrition des nourrissons, par DREWS. (*Therap. Monats.*, mai.) — La stérilisation du lait, par CARRON DE LA CARRIÈRE. (*Revue gén. de clinique*, n° 16, p. 241.) — Lait stérilisé, par BRUSH. (*N. York med. Journ.*, 20 juin.) — Composition et action du lait peptonisé, par HORTON-SMITH. (*Journ. of phys.*, XII, 1.) — Un microcoque du lait amer, par CONN. (*Cent. f. Bakt.*, IX, 20.)

Langue. — Séméiologie nerveuse de la langue, par DU PASQUIER et MARIE. (*Progrès médical*, 7 février.) — Des stomatites et glossites leucoplasiques et de leur traitement par les eaux de Saint-Christau, par BÉNARD. (Broch. Paris). — Un cas de macroglossie, par SPENCER. (*Toronto med. Soc.*, 19 mars.) — Erysipèle primitif de la langue, par GAREL. (*Ann. mal. de l'or.*, mai.) — Tuberculose de la langue, par FRAENKEL. (*Deut. med. Zeit.*, 19 janvier.) — Des fibromes de la langue, par DUFAYET DE LA TOUR. (Thèse de Paris, 20 juillet.) — Sarcome de la langue, par TARGETT. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVII, p. 21.) — Deux cas d'ablation entière de la langue, par WHITEHEAD. (*Brit. med. J.*, 2 mai.) — Ligature de l'artère linguale avant l'excision complète ou partielle de la langue, par CROLY. (*Roy. Acad. of med. Ireland*, 10 avril.)

Laparotomie. — Modifications dans le manuel de l'antisepsie pour les laparotomies, par RICHARD FROMMEL. (*Münch. med. Woch.*, 10 mars.) — Du plan incliné dans certaines laparotomies, par DELAGÉNIÈRE. (*Progrès médical*, 21 mars.) — Les indications de la laparotomie, par CHROBAK. (*Soc. des méd. de Vienne*, 16 janvier.) — Première série de 20 laparotomies, par BERRY HART. (*Edinb. med. Journ.*, juin.) — Hémorragie interne; laparotomie; guérison, par REYNIER. (5^e Cong. fr. chir. *Bull. méd.*, 29 avril.)

Larynx. — A propos du centre cortical moteur laryngé de Garel, par DOR. (*Province méd.*, 21 mars.) — Physiologie du rameau communiquant entre les nerfs laryngés supérieur et inférieur, par HOWELL et HUBER. (*Journ. of phys.*, XII, 1.) — Recherches sur l'action des nerfs récurrents sur la glotte, par LIVON. (*Marseille méd.*, n° 1.) — Contribution clinique à l'étude de l'innervation et des mouvements du larynx, par J. NEUMANN. (*Pester med. chir. Presse*, n° 36, 1890.) — De l'action de la glotte dans le chant, par FRENCH. (*Rev. de laryng.*, 1^{er} mai.) — Sur le rôle du muscle thyro-aryténoïdien dans la phonation, par IMBERT. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, 13 juin.) — La voix chez les femmes atteintes de lésions génitales, par KLEIN. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 18 avril.) — La toux, son utilité, sa signification, son traitement, par J. LEAMING. (*N. York med. Record*, 21 mars.) — Nouvelles modifications à la méthode d'éclairage du larynx par la lumière électrique directe, par DIONISIO. (*Giornale Accad. di Medic. Torino*, janvier.) — Compte rendu sommaire des maladies de la gorge, du larynx, du nez, etc., traitées par FICANO. (*Boll. mal. dell' Orecchio*, IX, 7.) — Des maladies des voies aériennes supérieures, par JURASZ. (107 pages. *Heidelberg*.) — Laryngite chez les chanteurs, par FAULKNER. (*New York med. Journ.*, 11 avril.) — Laryngite catarrhale grave, asphyxie, tubage, guérison; enfant de 10 semaines, par KERLEY. (*New York med. Record*, 25 avril.) — Des abcès rétro-laryngés primitifs, par MANDELSTAMM. (Thèse de Paris, 24 juillet.) — Abcès froid de l'épiglotte datant de quatre ans, par CHAMBERLAIN. (*New York med. Record*, 11 avril.) — Un accident laryngé (œdème) dans le cours du mal de Bright,

par MENDEL. (*Ann. mal. de l'or.*, mai.) — Recherches anatomiques sur l'œdème du larynx, par HAJEK. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 1.) — Du traitement de quelques affections du larynx, par LETANNEUR. (*Thèse de Paris*, 5 mai.) — Ulcération fongueuse du larynx chez un enfant mort de tuberculose, par ASHEY. (*Manchester path. Soc.*, 8 avril.) — De la tuberculose du larynx, par EUG. FRÄNKEL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 9.) — Injections intra-laryngées dans certaines affections pulmonaires et laryngées, par DOWNIE. (*Brit. med. J.*, 18 avril.) — Des injections intra-trachéales et intra-bronchiques par le larynx dans les affections pulmonaires, par MASINI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 1.) — Traitement de la laryngite tuberculeuse, par AMBLER. (*Therap. Gaz.*, 15 mai.) — Traitement des ulcérations du larynx par la résorcine, par SERRET. (*El Siglo med.*, 1^{er} février.) — Traitement de la phtisie laryngée par le cantharidate de potasse, par Paul HEYMANN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 354, 6 avril.) — La tuberculine dans la tuberculose laryngée, par SCHMIDT. (*Arch. int. de laryng.*, IV, 4.) — Deux cas montrant que l'apparition de tubercules laryngés à la suite du traitement de Koch n'est pas une contre-indication à la continuation des injections, par GRABOWER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 9 février.) — Effets de la lymphé de Koch sur le larynx, par MASINI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 1.) — Deux cas de laryngite tuberculeuse développée chez des phtisiques traités par la tuberculine, par F. EGGER. (*Correspondenz Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 6, p. 167, 15 mars.) — De la pachydermie laryngée, par POLEWSKI. (*Thèse de Breslau*.) — Hémorragie laryngée cataméniale, par COMPAIRE. (*Boll. mal. dell' Orrechio*, avril.) — Laryngosténose pour syphilide gommeuse; tubage du larynx, par MASSET. (*Rivista clinica e terap.*, n° 2, p. 57.) — Rétrécissement syphilitique du larynx, par SCHEIER. (*Soc. laryng. Berlin*, 24 avril.) — De la laryngotomie et de la dilatation dans les rétrécissements laryngés, par BERGMANN. (*St.-Petersb. med. Woch.*, 40, 1890.) — Observation de névrite périphérique des nerfs laryngés, par HUTCHINSON. (*Brit. med. J.*, 18 juillet.) — Spasmes du larynx, par COHEN. (*Times and register*, 28 février.) — Les indications de Challes, aphonies et enrouements, par RAUGÉ. (In-8°. *Chambéry*.) — Paralyse des cordes vocales, par SCHARLER. (*Soc. laryng. de Berlin*, 26 juin.) — Dyspnée laryngée hystérique, par MORTON. (*Brit. med. J.*, 30 mai.) — Paralyse double des abducteurs, hystérie, par BARLING. (*Midland med. Soc.*, 1^{er} avril.) — De la paralyse hystérique des dilateurs de la glotte; une observation inédite, par DUFUR. (*Thèse de Montpellier*.) — Paralyse d'une corde vocale, par SCHUSTER. (*Soc. de lar. belge*, 17 mai.) — Paralyse complète du pharynx et du larynx, suite de diphtérie; guérison par les injections de strychnine, par BEALE. (*Brit. med. J.*, 30 mai.) — Intubation du larynx dans le croup, statistique de 68 cas, par JACQUES. (*Ass. fr. Cong. de Limoges*, p. 812.) — Modification des appareils de tubage laryngé, par EGIDI. (*Arch. ital. di pediat.*, IX, 3.) — Fracture du larynx, par SCHEIER. (*Soc. laryng. Berlin*, 24 avril.) — Fracture du cartilage thyroïde, rupture de la membrane crico-thyroïdienne, trachéotomie, suture, guérison, par BRIDDON. (*N. York surg. Soc.*, 25 février.) — Luxation du cartilage aryénoïde gauche, par LEYMAN. (*Soc. laryng. Berlin*, 24 avril.) — Occlusion accidentelle de l'ouverture de la glotte par le bol alimentaire chez les aliénés, par HOSPITAL. (*Ann. méd. psych.*, juillet.) — Kyste du larynx, par SOLIS-COHEN. (*Times and register*, 7 mars.) — Laryngotomie chez un enfant de 14 mois pour papillomes multiples du larynx; récurrence rapide, par R. KÖHLER. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 268, 9 mars.) — Thyrotomie pour papillomes multiples du larynx opérés déjà 18 fois chez un enfant de 13 ans, par SONNENBURG.

(*Ibid.*, p. 268, 9 mars.) — Disparition spontanée des papillomes laryngés après la trachéotomie, par ELIASBERG. (*Med. Obosrenie*, 1.) — Papillome du larynx chez l'enfant, disparition spontanée après trachéotomie, par GAREL. (*An. mal. de l'or.*, juin.) — Papillome multiple du larynx chez un enfant, par WOLFENDEN. (*Journ. of laryng.*, p. 291, juillet.) — Papillome de la corde vocale enlevé chez un jeune garçon de 14 ans par les voies naturelles, par MICHELSON. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 février.) — Papillomes du larynx, par KÖHLER. (*Deut. med. Zeit.*, 19 janvier.) — De l'étiologie, du diagnostic et du traitement du prolapsus de la muqueuse du ventricule de Morgagni, par PRZEDBORSKI. (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 1.) — Rhinosclérome primitif du larynx, par ZUFFINGER. (*Soc. imp. des méd. de Vienne*, 19 avril.) — Angiome du larynx, par L. BROWNE. (*Journ. of laryng.*, p. 295, juillet.) — Tumeur anormale du larynx, angiome en apparence, au microscope papillome inclus dans un caillot sanguin, par SEMON et SHATTOCK. (*London path. Soc.*, 19 mai.) — Myxome du larynx, par RAULIN. (*Marseille méd.*, p. 373.) — Des myxomes du larynx, par DUDEFOY. (*Ann. mal. de l'or.*, avril.) — Tumeur de l'épiglotte, par FRAENKEL. (*Soc. laryng. Berlin*, 24 avril.) — Tumeur maligne du larynx enlevée par une opération intra-laryngienne, par STOKER. (*Journ. of laryngol.*, mai.) — Sur le cancer primitif du larynx, par HENNEQUIN. (*Thèse de Montpellier*.) — Sur un cas de cancer de l'œsophage et du larynx traité par l'œsophagotomie externe et la trachéotomie, par CHRISTOWITCH. (*Rev. de chir.*, juillet.) — Laryngectomie unilatérale, par CHAVASSE. (*Midland med. Soc.*, 18 mars.)

Lèpre. — Hérédité de la lèpre, par HANSEN. (*Edinh. med. Journ.*, juin.) — La lèpre observée à Kashmir, par MITRA. (*Americ. J. of med. sc.*, juillet.) — Sur la transmissibilité de la lèpre, par WESENER. (*Ziegler's Beitræge z. path. Anat.*, IX, 2, p. 380.) — Sur la transmissibilité de la lèpre, par VOSSIUS. (*Ibid.*, VIII, 2, p. 352.) — Remarques anatomiques sur la lèpre, par THOMA. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVII, p. 407.) — Culture réussie du bacille de la lèpre, par BARCLAY. (*Brit. med. J.*, 6 juin.) — De la cellule géante dans la lèpre, par BOINET et BORREL. (*Rev. de méd.*, avril.) — De la dégénérescence crétacée des nerfs dans la lèpre anesthésique, par COMBEMALE et MARESTANG. (*Soc. de biol.*, 20 juin.) — Un cas de lèpre traité par la méthode de Koch, par DOUTRELEPONT. (*Soc. méd. de Bonn*, 23 février.) — Curabilité de la lèpre tuberculeuse par la lymphé de Koch, par JULIUS GOLDSCHMIDT. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 janvier.) — Deux cas de réaction générale durant plusieurs semaines chez des lépreux à la suite d'une seule injection de tuberculine de 0,8 milligrammes, par KALINDERO et BABES. (*Deutsche med. Woch.*, p. 509, 2 avril.) — Traitement de la lèpre par l'huile de Chaulmoogra, et l'acide gynocardique, par RÉNON. (*Revue gén. de chirurgie*, n° 9, p. 137).

Leucocythémie. — Complications auriculaires de la leucocythémie, par LANNOIS. (*Province méd.*, 10 janvier.)

Lèvre. — Epithélioma de la lèvre chez un homme de 102 ans. Ablation, guérison, par JALLAND. (*Brit. med. J.*, 9 mai.)

Lichen. — Du lichen plan chez l'enfant, par Fox. (*Brit. J. of dermat.*, juillet.) — Du lichen simple, aigu et chronique, par VIDAL. (*Soc. de dermat.*, 4 avril.)

Locomotion. — Le mécanisme musculaire dans la marche, par SMITH. (*Journ. of Anat.*, juillet.) — Astasie et abasie, par HAMMOND. (*N. York*

med. record, p. 261, 28 février.) — Deux nouveaux cas d'astasia abasia, par BONAMAISON. (*Arch. de neurol.*, juillet.)

Lupus. — Lupus vulgaire, ses rapports avec la tuberculose, par MC GUIRE. (*Journ. of cutan. dis.*, juillet.) — Sur la nature du lupus ulcéreux, par THEVENET. (*Thèse de Lyon.*) — Cas de lupus érythémateux de la face, par O. ROSENTHAL. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 354, 6 avril.) — Lupus, par PIFFARD. (*Journ. of cutan. dis.*, mai.) — Du lupus, par PIFFARD. (*N. York Acad. of med.*, 2 avril.) — Du lupus vulgaire spécialement étudié au point de vue de son étiologie, de sa pathogénie et de son traitement, par DUBOIS-HAVENITH. (*Thèse d'agrég. Bruxelles.*) — Lupus de la bouche, du pharynx et du larynx, par BARLING. (*Lancet*, 27 juin.) — Sur l'histologie et la nature du lupus érythémateux, par LELOIR. (*Assoc. fr. Congrès de Limoges*, p. 659.) — De l'action thérapeutique des sels de cantharidine sur le lupus, par LIEBREICH. (*Therap. Monats.*, mai.) — Traitement de la tuberculose lupique, par BESNIER. (*Rev. gén. de clin.*, n° 2, p. 17.) — Effets de la tuberculine sur le lupus, par ROBERTS. (*Brit. j. of dermat.*, juillet.) — Emploi de la tuberculine contre le lupus, quelques nouveaux moyens de traitement, par UNNA. (*Monast. f. prakt. Dermat.*, XII, 8.) — Lupus de la face guéri par la méthode de Koch, par HIME. (*Lancet*, 18 avril.) — Emploi de la tuberculine dans le lupus, de quelques autres traitements de cette maladie, par UNNA. (*Brit. j. of dermat.*, juin.) — De l'influence du remède de Koch sur les bacilles tuberculeux dans le lupus, par KRYNSKI. (*D. med. Woch.*, p. 745, 28 mai.) — Discussion de la réunion dermatologique sur le traitement du lupus. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 mars.)

Luxation. — Luxation de la 5^e vertèbre cervicale avec gangrène du pharynx, par SCHEIER. (*Soc. laryng. Berlin*, 24 avril.) — Luxation de l'extrémité interne de la clavicule en avant, par KORNFELD. (*Deut. med. Woch.*, 3.) — De la réduction des luxations de l'épaule, par DUBRUEIL. (*Gaz. méd. Paris*, 9 mai.) — Luxation irréductible de l'épaule, intervention sanglante, par LANGE. (*N. York surg. Soc.*, 25 février.) — Anatomie pathologique de la luxation de l'épaule, névrite du nerf circonflexe, fracture du trochiter, par NICAISE. (*Rev. de chir.*, juillet.) — Luxation complète du coude en arrière cubitus et radius, par ISHAM. (*Med. News*, 11 juillet.) — Luxation sus-cotyloïdienne, par RIDLON. (*N. York med. journ.*, 23 mai.) — Luxation pathologique de la hanche dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, par LECLERC. (*Bullet. Soc. de chirurgie*, XVI, p. 815.) — Luxation compliquée de la hanche, par CHEEVER. (*Boston med. journ.*, 28 mai.) — De la réduction de la luxation de la hanche en avant par la méthode de douceur, par LIBERT. (*Thèse de Paris*, 6 mai.) — Deux observations de luxation du cartilage semi-lunaire interne du genou gauche, par BRAULT. (*Lyon méd.*, 28 juin.) — Contribution à l'étude des luxations du genou en dehors, par CLAUDOT. (*Bullet. Soc. de chirurgie*, XVI, p. 817.) — Une forme de luxation du pied, par WICKHOFF. (*Wiener klin. Woch.*, 4 juin.)

Lymphatique. — Persistance de la perméabilité des voies lymphatiques dans certaines variétés d'adéno-lymphopathies, par MOREL-LAVALLÉE. (*Soc. de dermat.*, 2 avril.) — Lymphangite gommeuse tuberculeuse, par WICKHAM. (*Brit. j. of dermat.*, mai.) — Pathogénie et thérapeutique des adénites inguinales, par ULLMANN. (*Wiener med. Wochens.*, n° 5.) — Adénite cervicale, par SHIMWELL. (*Med. News*, 16 mai.) — Affections malignes des lymphatiques profonds du cou, par JUETTNER. (*Med. News*, 16 mai.) — De l'extirpation des adénites tuberculeuses, non suppurées, par VIDAL. (*Thèse*

de Paris, 22 juillet.) — Traitement abortif des bubons par les injections de benzoate de mercure, par WELANDER. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 3.) — Du naphtol camphré dans le traitement chirurgical de l'adénite tuberculeuse, par COURTIN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 mai.) — Traitement des adénites tuberculeuses par les injections d'éther iodoformé, par DE PEZZER. (*Union médicale*, 16 mai.) — De la pulvérisation phéniquée dans le traitement des lymphangites et phlegmons diffus des membres, par E. SCHWARTZ. (*Revue gén. de clinique*, n° 9, p. 130.) — Technique de l'extirpation des ganglions suppurés, par MOSETIG-MOORHOF. (*Wien. med. Presse*, n° 4, p. 1.) — Un cas de lymphangioma tuberosum multiplex (Kaposi), par E. LESSER et R. BENEKE. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIII, 1.) — Observation de lymphangiome caverneux, par JAMES. (*Lancet*, 20 juin.)

M

Main. — Notes sur les empreintes de la pulpe des doigts et du gros orteil, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — De la contraction congénitale des doigts, son association avec l'orteil en marteau, pathologie, traitement, par ADAMS. (*Lancet*, 18 juillet.) — Sur les contractions des doigts et des orteils, variétés, traitement, par ANDERSON. (*Lancet*, 4 juillet.) — Hypertrophie congénitale de la main, par RICHARDIÈRE. (*Soc. de dermat.*, 2 avril.) — Syndactylie congénitale traitée par l'anaplastie italienne avec un lambeau pris sur la poitrine, par KUMMER. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, p. 61.) — Fibrome de l'éminence thénar, par TILLIER. (*Lyon méd.*, 28 juin.) — Sarcome à myélopaxes de la première phalange du pouce, par CAZIN. (*Soc. anat. Paris*, mai.)

Mal de mer. — Physiologie du mal de mer, étude expérimentale sur les vertiges, par APOLLONIO. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 1.) — Pathogénie du mal de mer, par O. ROSENBACH. (*Berlin. klin. Woch.*, 9, 16 et 23 mars.)

Maladies professionnelles. — La sidérose des rhabilleurs de meules, par A. BLASCHKO. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 353, 6 avril.) — De la sclérose du poulmon chez les ouvriers en porcelaine à Limoges, par P. LEMAISTRE. (*Assoc. franç. Cong. de Limoges*, p. 799.) — Hygiène et maladies des porcelainiers, par RAYMONDAUD. (*Ibid.*) — Taches pseudo-pigmentaires des mains des meuniers, par ELLIOT. (*Journ. of cutan. dis.*, juin.)

Maladie. — La déclaration obligatoire des maladies contagieuses aiguës en Angleterre, par KÜRSTENER. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 février.) — Les facteurs chimiques dans l'étiologie des maladies, par VAUGHAN. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 2 mai.) — Influence des principes minéraux constitutants du corps sur l'immunité pour les maladies infectieuses, par BRUNTON et BOKENHAM. (*Brit. med. Journ.*, 18 juillet.) — La recherche des causes de maladies et les points de vue qui en ressortent pour le traitement et la guérison des maladies infectieuses, par FERDINAND HUEPPE. (*Berlin. klin. Woch.*, 16, 23 et 30 mars.)

Malformation. — Absence unilatérale de l'oreille, oreillettes bilatérales surnuméraires, difformité du côté droit de la face, par CANTLIE. (*Brit. med. Journ.*, 6 juin.) — Difformité congénitale symétrique des membres inférieurs, par LONDE. (*Soc. anat. Paris*, 3 avril.) — Malformation congé-

nitale de la jambe, par NÉLATON. (Cong. franç. chir. *Bull. méd.*, 13 mai.) — Malformations congénitales multiples et non héréditaires, six extrémités digitales surnuméraires réparties aux quatre membres et bec-de-lièvre, par MARTIN-DURR. (*Soc. anat. Paris*, 5 juin.)

Mamelle. — Mamelles surnuméraires dans l'aisselle, par MC GILlicuddy. (*N. York Acad. of med.*, 26 mars.) — Variations mammaires par défaut, par WILLIAMS. (*Journ. of anat.*, avril.) — Mortalité spéciale des nourrissons confiés à des nourrices n'ayant qu'un sein utile, par SABATIER. (*Lyon méd.*, 14 juin.) — Suppression de la sécrétion lactée consécutive à l'administration de l'antipyrine, par SCHMAL. (*Arch. de tocol.*, juin.) — De la congestion des mamelles et des mammites aiguës chez la vache, par LUCET. (In-8°, 146 pages, 4 pl., *Paris*.) — 13 cas de maladie de Paget, cause de la maladie, les psorospermies, par BOWLBY. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 12 mai.) — De la prophylaxie des abcès du sein pendant la grossesse et l'allaitement, par PINGAT. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Hypertrophie aiguë des mamelles, par CRAFTORD. (*Americ. Journ. of obst.*, juin.) — De la maladie kystique de la mamelle, par ROCHARD. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.) — Les tumeurs malignes du sein, par HEATH. (*Lancet*, 9 mai.) — Un cas de maladie de Paget du mamelon droit; cancer de la mamelle 7 ans après, opération, récidive dans le bras droit et le foie, par O'NEILL. (*Brit. med. journ.*, 18 avril.) — Sarcome du sein, par CHRÉTIEN. (*Soc. anat. Paris*, 26 juin.) — Cancer du sein gauche avec goitre. Opération de goitre suivie de suppuration et de régression de la tumeur du sein, par PERRIN fils. (*Rev. méd. Suisse romande*, XI, 195, mars.) — Dépôts cancéreux secondaires à un squirrhe de la mamelle, par MARTIN. (*Med. News*, 20 juin.) — Extirpation d'une mamelle cancéreuse pendant l'allaitement sans interruption de la lactation par l'autre mamelle, par BONANDI. (*Raccogliore med.*, n° 16.) — Résultats immédiats et tardifs à propos de cent ablations du sein, par TERRILLON. (*Bull. de théor.*, 15 mai.) — Amputations du sein, par DESPRÉS. (*Gaz. des hôp.*, 4 juin.)

Massage. — Résultats du massage électrique, par MORDHORST. (*Therap. Monats.*, mai.) — Traité de la massothérapie, par WEBER. (In-8°, *Paris*.) — Quelques cas d'affections gynécologiques traitées par le massage, par JACOBS. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, mai.) — Du massage de la région lombo-sacrée dans la dysménorrhée des jeunes filles, par CHÉRON. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, mai.)

Maxillaires. — Des abcès des sinus maxillaires, par GAPIN. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Des diverses méthodes opératoires dans l'empyème de l'antre d'Highmore, par KRANTZ. (*Inaug. diss. Berlin*.) — Résection de l'articulation temporo-maxillaire dans un cas d'ankylose osseuse, par HEDRICH. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1^{er} mai.) — Pathogénie des kystes de la mâchoire, par BOUVET. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.) — Sur les récidives des kystes des maxillaires, par AUDRY. (*Lyon méd.*, 5 juillet.) — Un cas de tuberculose du maxillaire inférieur avec fracture spontanée sur la ligne médiane, par CNOFF. (*Münch. med. Woch.*, 18 novembre 1890.) — Un cas de gros fibrome du maxillaire supérieur, par SACAIZE. (*Montpellier méd.*, 16 avril.) — Enchondrome du maxillaire supérieur pris pour un sarcome, par MUNRO. (*N. York med. Journ.*, 23 mai.) — Cancer colonnaire du maxillaire inférieur, par ROBINSON. (*London path. Soc.*, 19 mai.) — Carcinome à cellules sphéroïdales du maxillaire supérieur, par ROBINSON. (*Ibid.*) — Traitement des tumeurs des mâchoires, par FORGUE. (*Gaz. hebdomadaire de Montpellier*, 16 mai.)

Médecine (hist.). — Des états primitifs de la médecine, par BOUCHINET.

(*Thèse de Paris*, 14 mai.) — La médecine grecque depuis Asclépiade jusqu'à Galien, par TSINTSIROPOULOS. (*Thèse de Paris*, 2 juillet.) — Les médecins grecs traduits en langue arabe, par MOR. STEINSCHNEIDER. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIV, 2 et 3.) — Des maladies vénériennes chez les égyptiens dans l'antiquité, par PROKSCH. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 4.) — De la médecine et de l'organisation médicale au Japon, par HART. (*Brit. med. Journ.*, 23 mai.) — Étude sur les œuvres de Puzos, par WAGNER. (*Thèse de Paris*, 25 juin.) — De la nomenclature médicale, par KOCKS. (*Cent. f. Gynæk.*, 25 avril.) — Secret, discrétion, tact chez le médecin, par JOLLIVET. (*Thèse de Paris*, 11 juin.) — Enseignement de la médecine à Lyon depuis 1789, par CHAPPET. (*Lyon méd.*, 21 juin.) — La grande chirurgie de Guy de Chauliac composée en l'an 1363, revue et collationnée sur les manuscrits avec notes, par NICAISE. (In-8°, 748 p., *Paris*.) — Étude sur Jacques de Marques, chirurgien, et analyse de ses ouvrages, par LOUVEL. (*Thèse de Paris*, 4 juin.) — Notice bibliographique sur Bénédicte Tessier, par DIDAY. (*Lyon méd.*, 17 mai.) — Les sangsues dans l'antiquité, par C. HUBER. (*D. Arch. f. klin. med.*, XLVII, p. 522.) — De la pneumonie, de la pleurésie et de la phtisie chez les médecins de la période gréco-romaine, par BAZIN. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Études médico-psychologiques, suicideurs et folies frustes, par CAMPAGNE. (*Thèse de Montpellier*.)

Médecine légale. — La médecine légale et son enseignement, par MONTALTI. (*Sicilia med.*, III, 4.) — De la responsabilité atténuée, étude médico-légale, par THIERRY. (*Thèse de Paris*, 28 mai.) — L'affaire Gouffé. État mental de Gabriel Bompard. Rapport de BROUARDEL, MOTET et BALLET. (*Annales d'hyg. publ.*, janvier.) — Faux témoignages par les enfants. Accusation de tentative de viol, par MOTET. (*Ibid.*, janvier.) — Circulaire du ministère prussien de l'intérieur (23 novembre 1890) obligeant les autorités locales à fournir un local approprié pour les autopsies de justice. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, I, 383, avril.) — Deux rapports médico-légaux sur des traumatismes des centres nerveux, par G. WOLFF. (*Ibid.*, I, 264, avril.) — Cinq rapports médico-légaux sur des cas d'accidents professionnels et de responsabilité patronale, par VON SURY-BIENZ. (*Ibid.*, I, p. 3, janvier.) — La mort par paralysie ou apoplexie cardiaque au point de vue médico-légal, par ROST. (*Ibid.*, I, p. 1 et 235, janvier et avril.) — Circulaire du ministère prussien des affaires médicales (20 novembre 1890) concernant la déclaration à l'état civil des fœtus mort-nés. (*Ibid.*, I, 384, avril.) — État mental d'un étudiant israélite inculpé de blessures volontaires et d'attentats à la pudeur sur de jeunes garçons (scarification du prépuce), par LAEHR. (*Ibid.*, I, 207, avril.) — Consultation sur l'état mental d'un individu (folie morale), par F. SCHOLZ. (*Ibid.*, 290, avril.) — Rapport sur un cas d'aptitude à tester (démence sénile), par F. SIEMENS. (*Ibid.*, I, 279, avril.) — Question d'interdiction pour folie morale, par GLEITSMANN. (*Ibid.*, I, supplément, p. 3, avril.) — L'infanticide est-il dû à l'asphyxie, aux fractures du crâne ou à la non-ligature du cordon ombilical. Rapport médico-légal, par LOESER. (*Ibid.*, I, p. 32, janvier.) — Avis du comité supérieur prussien rédigé par Pistor sur l'état mental d'un inculpé de tentatives de meurtres et de suicide. (*Ibid.*, I, Supplément, p. 89, avril.) — Infanticide par fractures du crâne, démontré malgré la putréfaction avancée du petit cadavre, par ADLOFF. (*Ibid.*, I, 299, avril.) — Démence simulée, étude médico-légale, par NICHOLS. (*Boston med. Journ.*, 30 avril.) — Des attentats commis par les enfants, par MOREAU. (*Soc. de méd. lég.*, 8 juin.) — Le champ visuel dans ses rapports avec la psychiatrie et la médecine légale, par OTTOLENGHI. (*Giornale R. Accad. di medic. Torino*,

novembre 1890.) — Assassinat, faiblesse d'esprit congénitale, irresponsabilité, par FRITSCH. (*Wien. med. Presse*, n° 7, p. 249.) — Le suicide à deux. Responsabilité pénale du survivant poursuivi pour homicide volontaire, par PAUL GARNIER. (*Annales d'hyg. publ.*, XXV, 202, mars.) — Un cas d'attentat contre nature considéré au point de vue médico-légal, par JAUMES. (*Montpellier méd.*, 16 mai.) — Exhumation faite sept ans après la mort pour une fracture supposée du crâne, danger médico-légal, par ZOIA et DALL' ACQUA. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 1 et 2.) — Cas de mort par submersion dans la farine, pénétration de la poussière dans les bronches, par FALCK. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIII, 12.) — Sur le sang des noyés, par COUTAGNE. (*Arch. de phys.*, III, 3.) — Tatouage artistique fait par un peintre sur porcelaine (portrait de femme), par LANGENBUCH. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 janvier.) — Recherches expérimentales de Bruylants relatives à certaines altérations accidentelles ou frauduleuses du papier et de certaines écritures, rectification partielle du jugement porté sur ces expériences et réflexions nouvelles, par ESPAGNE et PETITOT. (*Gaz. hebdomadaire de Montpellier*, 18 juillet.) — De la grossesse extra-utérine au point de vue médico-légal, par ZUNGRONZKI. (*Soc. de méd. lég.*, 11 mai.)

Médecine militaire. — Le conseil de revision, ce qu'il est, ce qu'il devrait être, par DUMAS. (*Gaz. hebdomadaire de Montpellier*, 9 mai.) — Aperçu général de la criminalité militaire en France, par CORRE. (*Arch. de l'anthrop. crimin.*, mars.) — De l'antisepsie médicale et chirurgicale dans les hôpitaux militaires pourvus d'une étuve à désinfection sous pression, par LINON. (*Arch. de méd. nav.*, juillet.) — Campagne du Soudan 1889-90, histoire médicale, par DURAND. (*Ibid.*, juillet.) — De l'antisepsie médicale et chirurgicale dans les hôpitaux militaires pourvus d'une étuve à désinfection sous pression, par LINON. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Le pain des soldats et les poussières des chambres, par MALJEAN. (*Ibid.*, juillet.) — De l'artério-sclérose en général et des scléroses vasculaires dans l'armée, par BLANC. (*Ibid.*, juillet.) — Intoxication produite chez un artilleur par l'éclatement des fusées au fulminate de mercure, par FERRA. (*Ibid.*, juillet.) — Des causes de l'infection à bord des navires, moyens d'y remédier, par MAZOT. (*Thèse de Montpellier*.)

Mélanose. — Sarcomatose mélanique, par MACKENZIE. (*London path. Soc.*, 21 avril.) — Mélanomycose de la peau, par DELÉPINE. (*London path. Soc.*, 5 mai.)

Méninge. — Hémorragie méningée, urobilinurie, par ETTLINGER. (*Soc. anat. Paris*, 12 juin.) — Épidémie de méningite cérébro-spinale, par NOWLIN. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 27 juin.) — 4 cas de méningite tuberculeuse, paracentèse du canal vertébral pour diminuer la pression, par WYNTER. (*Lancet*, 2 mai.) — De l'hypothermie dans la méningite tuberculeuse, par DESCHAMPS. (*Thèse de Paris*, 14 mai.) — Méningite tuberculeuse se développant pendant le traitement de Koch; mort malgré une ponction du ventricule latéral; pas d'autopsie, par CASPERSOHN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 304, 23 mars.) — Méningite tuberculeuse aiguë chez un phthisique traité par la méthode de Koch, par L. RUETIMYER. (*Ibid.*, 2 février.) — Sarcome angiolithique de la pie-mère, par LAFOURCADE. (*Soc. anat. Paris*, 5 juin.)

Menstruation. — Menstruation, anatomie, physiologie, ses rapports avec l'ovulation, par ZINKE. (*Americ. J. of obst.*, juillet.) — De la menstruation, par JOHNSTONE. (*Americ. J. of obst.*, juin.) — Des anomalies de la menstruation, par JAKSCH. (*Prager med. Woch.*, 6 mai.) — Quelques formes

d'aménorrhée, leur traitement, par DAVENPORT. (*Boston med. journ.*, 16 avril). — Aménorrhée, 4 cas traités par l'électricité, par STRONG. (*Ibid.*)

Moelle. — Recherche expérimentale sur les voies motrices de la moelle épinière, par ROSSOLIMO. (*Arch. de neurol.*, juillet.) — Rapports de la pie-mère avec les sillons de la moelle, par BERTELLI. (*Soc. toscana di sc. nat.*, XII.) — Des modifications des cellules ganglionnaires de la moelle, par SCHAEFFER. (*Neurol. Centr.*, 15 avril.) — Anatomie pathologique de la moelle épinière, par BLOCC et LONDE. (In-4°, 45 planches, *Paris.*) — D'une affection spéciale des cordons postérieurs de la moelle causée par la dégénérescence des vaisseaux, par E. REDLICH. (*Zeit. für Heilkunde*, nos 1 et 2, p. 247.) — Les dégénérescences systématiques secondaires ascendantes de la moelle, par BARBACCI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 1 et 2.) — De l'atrophie des fibres dans la substance grise de la moelle et de la segmentation nucléaire dans les états pathologiques, par FUERSTNER et KNOBLAUCH. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIII, 1.) — Les affections dégénératives de la moelle, un nouveau type, par DANA. (*Journ. of nerv. dis.*, avril.) — De la dégénérescence secondaire, systématique de la moelle, par BARBACCI. (*Cent. f. allg. Pathol.*, II, 9.) — Des formes frustes de la sclérose en plaques, par CHARCOT. (*Progrès méd.*, 14 mars.) — Recherches anatomiques sur la sclérose en plaques, par MIRTO. (*Giorn. Assoc. napolet. di med.*, II, 1.) — Hémorragie primitive de la moelle, par SHARKEY. (*Lancet*, 23 mai.) — De l'hydromyélie et de la syringomyélie, par SCHAEFFER et PREISZ. (*Arch. f. Psych.*, XXIII, 1.) — Diagnostic de la syringomyélie, par ARNAUD. (*Assoc. franç. Congrès de Limoges*, p. 776.) — Contribution à l'étude de la syringomyélie, par MARWEDEL. (*Münch. med. Woch.*, 18 novembre 1890.) — Un cas de syringomyélie, par MENDEL. (*Berlin. klin. Woch.* 16 février.) — Un cas de pseudo-syringomyélie, par CHARCOT. (*Semaine méd.*, 13 mai.) — Application du chronomètre électrique de d'Arsonval au diagnostic des myélites, par GRIGORESCU. (*Soc. de biol.*, 16 mai.) — Pathologie de la paralysie aiguë ascendante (Landry), par HUN. (*N. York med. journ.*, 30 mai.) — Recherches sur un cas de poliomyélite antérieure chronique, par NONNE. (*Deut. Zeit. f. Nerven.*, I, 1 et 2.) — Note sur un cas de paralysie générale spinale à marche rapide et curable, par OGIER. (*Loire méd.*, 15 avril.) — Paraplégie transitoire chez un ouvrier tubiste après une décompression brusque, troubles sensitifs, hypoalgésie testiculaire, par SABRAZÈS. (*Gaz. hebdomadaire Bordeaux*, 7 juin.) — Un cas se rapportant à une forme récemment décrite d'affection spinale, par STEWART. (*Brit. med. Journ.*, 6 juin.) — Les traumatismes ne sont pas une cause d'ataxie locomotrice, par REMAK et OPPENHEIM. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 352, 6 avril.) — Tabes avec symptômes peu communs, par PERSHING. (*Med. News*, 13 juin.) — Réapparition des réflexes du genou après hémiplegie chez un tabétique, par TAYLOR. (*Brit. med. Journ.*, 11 juillet.) — De l'amaurose et de sa valeur sémiologique dans l'évolution de l'ataxie locomotrice, par FOLIE DESJARDINS. (*Thèse de Montpellier.*) — Observations de tabes, par CLARKE. (*Brain*, 53.) — Un cas de tabes dorsalis avec arthropathie, par GOTTELAND. (*Dauphiné méd.*, mars.) — Sur un cas de pied tabétique, par RICHARDIÈRE. (*Semaine méd.*, 10 juin.) — Action frénatrice de la compression du cou dans les crises bulbaires tabétiques, par MOSSÉ. (*Assoc. franç. Cong. de Limoges*, p. 784.) — Observation d'un cas d'ataxie locomotrice guérie par les injections sous-cutanées d'un suc retiré des testicules de cobayes venant de mourir, par DEPOUX, remarques, par LAVERAN, BROWN-SÉQUARD. (*Soc. de biol.*, 30 mai.) — Valeur de la suspension dans le traitement du tabes, par CLARKE. (*Lancet*, 18 juillet.) — Traitement des maladies chro-

niques de la moelle par les applications froides locales, par v. HÖSSLIN. (*Münch. med. Woch.*, 26 mai et 2 juin.) — De la paraplégie par compression, par GOODALL. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVII, p. 279.) — Recherches sur la commotion de la moelle, par SCHMAUS. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 1.) — Observations de blessures de la moelle, par HERTER. (*J. of nerv. dis.*, juin.) — De l'intervention chirurgicale dans le cas de compression de la moelle et de l'ouverture exploratrice du canal rachidien, par BAZY. (5^e Congr. franç. chir. *Bull. méd.*, 1^{er} avril.)

Monstre. — Sur un œuf humain monstrueux, par CHIARUGI. (*Sperimentale, mem. orig.* XLV, 2.) — Les sœurs Rosa Josepha Blazek, par BEAUDOUIN. (*Semaine méd.*, 8 juillet.) — Fœtus à terme offrant des monstruosités multiples : Omphalocèle, hernie diaphragmatique, malformation du cœur, ectasie de l'artère pulmonaire et du conduit de Botal; gueule de loup; absence de corps calleux, par AHLFELD. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 356, 6 avril.) — Monstre péracéphale, par ALEZAIS. (*Soc. de biol.*, 30 mai.) — Moelle épinière d'un monstre dicephalus dipus dibranchius, par G. SPERINO. (*Arch. ital. de biol.*, XV, p. 261 et *Giorn. d. R. Accad. di medicin di Torino*, n° 6, 1890.)

Morve. — Un cas de morve, culture et inoculation, par WASHBOURN. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVII, p. 127.) — Etude clinique et expérimentale sur un cas d'infection farcino-morveuse chronique terminée par une poussée de morve aiguë, par HALLOPEAU et JEANSELME. (*Ann. de Dermat.*, II, 4.) — Fascinose multiple du centre de la face survenue au cours d'une équinia chronique, par BESNIER. (*Ibid.*) — Etude bactériologique, par QUINQUAUD. (*Ibid.*) — Sur le diagnostic rapide de la morve par inoculation intra-péritonéale chez le cobaye mâle, par ROQUE DA SILVEIRA. (*Soc. de biol.*, 13 juin.) — La lymphe de Koch dans le traitement de la morve de cheval, par SCLAVO et VALENTINI. (*Rome.*)

Muguet. — Le champignon du muguet, par ACHALME. (*Gaz. des hôp.*, 25 avril.)

Muscle. — La fibre musculaire est directement excitable par la lumière, par D'ARSONVAL. (*Soc. de biol.*, 9 mai et *Arch. de phys.*, III, 3.) — Influence du travail musculaire sur l'élimination de la créatinine, par MORTESSIER. (*Soc. de biol.*, 11 juillet.) — Le travail musculaire et l'énergie, par LAULANIE. (*Rev. scientif.*, 27 juin.) — Variations du temps de réaction musculaire pendant l'électrotonus des nerfs sains et malades, par NOVI et BRUGIA. (*Riv. sperim. di freniat.*, XVII, 1 et 2.) — Influence de l'exercice musculaire sur l'excrétion de l'azote urinaire, par CHIBRET. (*Acad. des sc.*, 29 juin.) — La force dynamométrique des enfants de 7 à 15 ans inclusivement, par GRIGORESCU. (*Soc. de biol.*, 4 juillet.) — Sur l'entraînement musculaire, par HENRY. (*Acad. des sc.*, 22 juin.) — Quelques points sur l'action des muscles, par BEEVOR. (*Brain*, 53.) — Perte du sens musculaire chez un phthisique, par RIGGS. (*Journ. of nerv. dis.*, juillet.) — Sur la déformation du crâne constatée dans certains cas de myopathie progressive primitive, par MARIE et ONANOFF. (*Soc. méd. des hôp.*, 20 février.) — Déformations thoraciques dans la myopathie progressive primitive, par GUINON et SOUQUES. (*Soc. anat. Paris*, 19 juin.) — Sur la déformation de la cage thoracique dans certaines atrophies musculaires, par DEJERINE. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — Un cas d'atrophie musculaire progressive, par FREYHAN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIX, 4.) — De la dystrophie musculaire progressive, par ERB. (*Deut. Zeit. f. Nerven.*, I, 1 et 2.) — De l'atrophie musculaire progressive, par HOFFMANN. (*Ibid.*) — Cas d'atro-

phie musculaire progressive myopathique avec recherches microscopiques sur les muscles et la moelle épinière. Revue de la littérature sur le renouvellement des fibres musculaires striées et sur les fuseaux musculaires, par SANTENON. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIII, 3.) — La myotomie congénitale, par MARTIN. (*Union méd.*, 7 avril.) — Sur l'état de l'appareil de la vision dans la maladie de Thompson, par RAYMOND. (*Soc. méd. des hôp.*, 5 juin.) — De la polymyosite primitive infectieuse aiguë, par LARGER. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Un cas de paramyoclonus multiplex, par SIMON. (*Rev. méd. de l'Est*, 4.) — Un cas de paramyoclonus multiplex, par BOULAY. (*Gaz. des hôp.*, 28 avril.) — Infiltration tuberculeuse intramusculaire, par RABL. (*Soc. des méd. de Vienne*, 20 février.) — Ecchymose spontanée et tumeur du biceps, par DESNOS. (*Soc. méd. des hôp.*, 6 mars.)

Mycosis. — Sur quelques cas de mycosis chez l'homme, par ROSS. (*Cent. f. Bakter.*, IX, 15.) — Cas de mycosis fongoiide, par BROCCQ et MATTON. (*Ann. de dermat.*, II, 7.)

Myopie. — De la myopie chez les candidats aux Écoles militaires, par NIMIER. (*Ann. d'oculist.*, juillet.) — L'ombre pupillaire, mesure de la myopie, de l'hypermétropie et de l'astigmatisme, par WEISS. (*Rev. gén. des sc. pures*, 30 avril.) — Myopie et paralysie de l'accommodation, par GAUPILLAT. (*Soc. franç. d'opht.*, 7 mai.) — Moyens simples d'expliquer la nature de la myopie, par STUART. (*Journ. of anat.*, avril.) — Amélioration de la myopie sans lunettes, par BATES. (*N. York med. Journ.*, 18 avril.)

Myxœdème. — Observation de myxœdème avec tumeur du cerveau, par CAMPBELL CLARK. (*Edinb. med. Journ.*, mai.)

Myxome. — Etude sur le myxome, par CHEVALLIER. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.)

N

Nerf. — Nerfs ciliaires superficiels chez l'homme, par BOUCHERON. (*Soc. de biol.*, 25 avril.) — Le grand sympathique nerf de l'accommodation pour la vision des objets éloignés, par MORAT et DOYON. (*Acad. des sc.*, 8 juin.) — Le grand sympathique nerf accommodateur, par MORAT et DOYON. (*Arch. de phys.*, III, 3.) — Influence de l'interposition des grandes résistances sur l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles, par ONANOFF. (*Soc. de biol.*, 25 avril.) — Temps de réaction des nerfs sains et des nerfs altérés durant l'électrotonus, par IVO NOVI et R. BRUGGIA. (*Arch. Ital. de Biologie*, XV, p. 344.) — Parallèle entre l'excitation électrique et l'excitation mécanique des nerfs, par D'ARSONVAL. (*Soc. de biol.*, 4 juillet.) — Sur l'action cardiaque antitonique systolique du nerf pneumogastrique, par FRANÇOIS-FRANCK. (*Arch. de phys.*, III, 3.) — Action de la nicotine sur le nerf vague, par D. BALDI. (*Arch. Ital. de Biologie*, XV, p. 314 et *La Terapia moderna*, 1890, n° 1.) — Des altérations cornéennes consécutives à des affections légères du trijumeau, par KALT. (*Soc. de biol.*, 21 mars.) — Névrite périphérique d'origine syphilitique, par FORDYCE. (*Journ. of cutan. dis.*, mai.) — De la névrite multiple, par BRASCH. (*Neurol. cent.*, 1^{er} mai.) — Névrite motrice généralisée à marche subaiguë avec paralysie des nerfs oculaires et bulbaires, par DEJERINE. (*Semaine*

méd., 29 avril.) — De la névrite puerpérale, par TUILANT. (*Thèse de Paris*, 1^{er} juillet.) — Polynévrite -recurrens, par MARY SHERWOOD. (*Archiv. f. path. Anat.*, CXXIII, 1.) — Des paralysies totales du plexus brachial, par RÉMY-NÉRIS. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Une névralgie endémique à Vienne, par BENEDIKT. (*Wiener med. Wochens.*, n° 41.) — Des rapports de l'électricité atmosphérique, des courants magnétiques et des éléments du temps sur un cas de névralgie traumatique, par CATLIN. (*Med. News.*, 2 mai.) — Sur un syndrome caractérisé par de la topoalgie, par BLOCC. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 30 mai.) — Un cas de sciatique avec paralysie amyotrophique dans le domaine du poplité, déterminée par l'usage exagéré de la machine à coudre, par CHARCOT. (*Progrès médical*, 4 avril.) — Les déformations dans la sciatique, par TOURNIER. (*Revue générale de clinique*, n° 6, p. 83.) — Scoliose dans la sciatique, par LAMY. (*Rev. d'orthop.*, 3.) — Sur le traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau. Supériorité de la résection de ses branches sur leur élancement et l'extirpation du ganglion de Gasser, par RAULIN. (*Thèse de Bordeaux*.) — Deux cas de luxation du nerf cubital, par STABB. (*Lancet*, 9 mai.) — Blessure du nerf sus-orbitaire gauche, par DUNN. (*N. York med. journ.*, 30 mai.) — Autoplastie nerveuse dix ans après la blessure, guérison, par BRENNER. (*Wiener klin. Woch.*, 30 avril.) — Ablation du nerf sus-orbitaire pour névralgie rebelle, par STIMSON. (*N. York surg. soc.*, 25 fév.) — Quelques opérations sur les gros troncs nerveux, par ASHHURST. (*Philad. Acad. of surg.*, 4 mai.)

Nerveux (Syst.). — Les rapports philosophiques de la neurologie, par HONGSON. (*Brain*, 53.) — De l'acide urique dans les maladies du système nerveux, par HAIG. (*Brain*, 53.) — Le syndrome de Friedreich et de Morvan Myoclonie, par FARGE. (*Bull. soc. de méd. d'Angers*, p. 83, 2^e sem. 1890.) — De la suspension dans le traitement des maladies du système nerveux, par RAOULT. (*Progrès médical*, 28 février.) — Le sulfonal dans les affections du système nerveux, par HAMMOND. (*Journ. of nerv. dis.*, juillet.)

Névrose. — Étude clinique des aboulies et principalement de l'aboulie neurasthénique, par RIVIÈRE. (*Thèse de Paris*, 5 mai.) — De la neurasthénie tabétoforme, par JOSEPH. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 355, 6 avril.) — De la neurasthénie, par CLAUSSE. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — La neurasthénie et les neurasthéniques, par BLOCC. (*Gaz. des hôp.*, 18 avril.) — Étude de la neurasthénie, par JOSEPH. (*Deut. med. Zeit.*, 25 mai.) — La neurasthénie au point de vue médico-légal, par FERRAND-LEVILLAIN. (*Annales d'hyg. publ.*, XXV, 22 mars.) — Les neurasthénies psychiques (obsessions émotives ou conscientes) par RÉGIS. (*Journ. méd.*, Bordeaux, 5 avril.) — L'anatomie pathologique du tic douloureux, par DANA. (*Med. News*, 16 mai.) — La maladie des tics convulsifs, par MIRTO. (*Giorn. di neuropatol.*, 4 et 5.) — Crampe des marcheurs, par RIVERS. (*Brain*, 53.) — Kata-tonie, autopsie, par MICKLE. (*Brain*, 53.) — Du fétichisme érotique, par KRAFFT-EBING. (*Wiener med. Blätter*, 25 juin.) — Un cas d'agoraphobie et de koinoniphobie, par SCHEIBER. (*Wiener med. Woch.*, 6 juin.) — Des névroses traumatiques, par SEPPILLI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 1 et 2.) — Névroses associées, étude des arthrites hystériques, de la neurasthénie et des formes alliées de neuromimesis, par PRINCE. (*Journ. of nerv. dis.*, mai.) — Un cas de névrose traumatique (Railway spine), par FRENKEL. (*Internationale klin. Rundschau*, n° 29, 1890.) — 4 cas de névrose traumatique suivis de remarques, par E. ROTH. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 mars.) — Les névroses au point de vue démographique, par ROSSE. (*Journ. of nerv. dis.*, juillet.) — Des névroses traumatiques et des expériences sur le cerveau (Revue), par VETTER. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVII, p. 388.) —

La névrose traumatique et la loi sur les assurances contre les accidents, par A. HOFFMANN. (*Samml. klin. Vortraege*, n° 17.)

Nez. — Histologie de la région olfactive, par PREOBRASCHENSKY. (*Wiener klin. Wochens.*, n° 7.) — Sur le tissu érectile des fosses nasales, par PILLIET. (*Soc. anat.*, 27 mars.) — La bactériologie dans ses rapports avec les maladies de la gorge et du nez, par MACINTYRE. (*Journ. of laryng.*, mai et juin.) — Nouvelles recherches sur les streptocoques des muqueuses et leurs rapports étiologiques avec le coryza, par A. PASQUALE. (*Giornale delle scienze mediche*, 1890 et *Hygienische Rundschau*, I, 407, 15 avril.) — Des meilleurs moyens de remédier à la paresse intellectuelle constatée chez les écoliers atteints d'affections nasales ou pharyngées, par M. BRESGEN. (*Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege* 1890 et *Hygienische Rundschau*, I, p. 23.) — Neurasthénie et affections nasales, par POTTER. (*Buffalo med. journ.*, janv.) — Guérison d'un tic de la face provenant d'une affection nasale, par PETELSON. (*Deut. med. Zeit.*, 9 mars.) — Dermalgie d'origine nasale, par DE LA SOTA Y LASTRA. (*Revista de laringología*, fév.) — Le catarrhe naso-pharyngé facteur étiologique du catarrhe gastrique, par FISCHER. (*N. York med. Record*, 13 juin.) — Hypertrophie de la muqueuse du segment postérieur de la cloison et troubles de la voix, par RAULIN. (*Rev. de laryng.*, 15 mai.) — La pathologie et la chirurgie des sinus du nez, frontal, ethmoïdal, etc., par COZZOLINO. (26 p., *Naples*.) — Sur un kyste des cellules ethmoïdales antérieures, par GAYET. (*Province méd.*, 31 janv.) — Kyste et abcès du cornet moyen, par MACDONALD. (*Lancet*, 20 juin.) — Dégénérescence kystique aérienne du cornet moyen, par ZWILLINGER. (*Wiener klin. Woch.*, 7 mai.) — Kyste des fosses nasales, par BARTUAL. (*El siglo med.*, 3 mai.) — Empyème du sinus frontal, par BAUER. (*St Louis med. and surg. journ.*, avril.) — Etude anatomo-pathologique de la rhinite aiguë grippale, par SUCHANNEK. (*Monats. f. Ohrenh.*, avril.) — Le traitement local des affections du nez et de la gorge, par PHILLIPS. (*N. York med. Record*, 11 avril.) — Electrolyse en chirurgie rhinolaryngée, par DRAISPUL. (*Wratch*, 4 et 6.) — De l'aristol dans le traitement des maladies du nez et de la gorge, par PHILLIPS. (*N. York med. journ.*, 23 mai.) — De la tuberculose nasale, par CARTAZ. (*Gaz. hebdomadaire*, Paris, 2 mai.) — Lupus du nez, par HERZFELD. (*Deut. med. Zeit.*, 27 avril.) — Du faux empyème de l'antre d'Highmore, par MOURE. (*Semaine méd.*, 6 mai.) — Du développement de l'ozène simple, par ELSTNER. (In-8°, 14 p., *Rüdolstadt*.) — Guérison radicale de l'ozène, par CHRISTOWITCH. (*Bull. de thérap.*, 30 juin.) — Traitement de la rhinite atrophique avec l'ichthyol, par PHILLIPS. (*N. York med. journ.*, 16 mai.) — Du massage dans les affections auriculaires et nasales, par BERTHOLD. (*Berlin. klin. Wochens.*, 23 février.) — Déviations de la cloison nasale, méthode opératoire, par TODD. (*Med. News*, 20 juin.) — Un cas de déviation de la cloison des fosses nasales corrigée par un traumatisme, par POTIQUET. (*Rev. de laryng.*, 15 avril.) — Electrolyse de la cloison des fosses nasales, par PEYRISSAC. (*Rev. de laryng.*, 1^{er} mai.) — Moyen d'arrêter les hémorragies nasales, par SOLIS-COHEN. (*Times and register*, 4 avril.) — Examen de quatre rhinolithes, par BERLIOZ. (*Arch. de laryng.*, IV, 3 et *Journ. de pharmacie*, 1^{er} mai.) — Des polypes naso-pharyngiens, par MICHELSON. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 février.) — Polype muqueux congénital des fosses nasales chez un nouveau-né. Ablation, par LE ROY. (*France méd.*, 12 juin.) — Guérison d'un volumineux polype naso-pharyngien, par HANSBERG. (*Monats. f. Ohrenh.*, fév.) — Volumineux polype naso-pharyngien (myxofibrome) chez une jeune fille de 15 ans, par WOLFENDEN. (*Journ. of laryng.*, mai.) — Polype fibreux nasal, par SOCOR. (*Bull. soc. méd. Jassy*, V, 2.) — Un cas anormal de polype du nez, par

SHEILD. (*Lancet*, 4 juillet.) — Papillome volumineux s'implantant sur l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche, par NOQUET. (*Rev. de laryng.*, 1^{er} juin.) — Curettes électriques pour les végétations adénoïdes du pharynx nasal, par ROUSSEAU. (*Rev. de laryngol.*, 1^{er} juin.) — De la présence des noyaux hyalins dans le tissu des polypes muqueux du nez, remarques sur les corps hyalins du rhinosclérome, par STEPANOW. (*Monats. f. Ohrenh.*, mai.) — Le rhinosclérome, par AUDRY. (*Province méd.*, 4 avril.) — Bactéries du rhinosclérome, par JACQUET. — Traitement du rhinosclérome, par BESNIER. (*Soc. de dermat.*, 9 juillet.) — Un cas de rhinosclérome, par PARLOFF. (*Med. Obosrenié*, 2.) — Rhinosclérome polypoïde, nouvelle forme clinique, par PAVLOVSKY. (*Ibid.*) — Sarcome des fosses nasales, par KATZENSTEIN. (*Soc. laryng.*, Berlin, 26 juin.) — Un cas de parasite des fosses nasales, par DELOBEL. (*Soc. de méd. prat. Paris*, 1^{er} mars.)

Nutrition. — Les troubles de la nutrition dans les états pathologiques, par LE GENDRE. (*Gaz. hebdomadaire*, Paris, 27 juin.) — La régularisation des échanges nutritifs par les alcalins, par CURCH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 4.)

Nystagmus. — Etiologie du nystagmus acquis, par HOOR. (*Wien. klin. Woch.*, 30 avril.) — Du nystagmus des mineurs, par SNELL. (*Brit. med. J.*, 11 juillet.)

O

Obésité. — L'arythmie cardiaque des obèses, par KISH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 52, 1890.) — Le traitement hygiénique de l'obésité, par CHÉRON. (*Union médicale*, 21 mai.) — Les eaux de Marienbad dans le traitement de l'obésité, par KISCH. (*N. York med. Journ.*, 23 mai.)

Occlusion intestinale. — Obstruction intestinale, par HANKS. (*Americ. Journ. of Obst.*, avril.) — Obstruction intestinale par diverticule adhérent à la paroi de l'abdomen, par LYONNET et EYBERT. (*Province méd.*, 30 mai.) — Étranglement interne. Laparotomie, guérison, par MONPROFIT. (3^e Cong. franç. Chir. Bull. méd., 15 avril.) — Un cas remarquable d'iléus, par DRENKHALM. (*Deutsche med. Woch.*, n° 7.) — Excision de l'S iliaque pour iléus avec torsion de l'intestin sur son axe, par BRAUN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 357, 6 avril.) — Accumulation de fibres de noix de coco dans l'estomac, mort par occlusion intestinale, par STEWART. (*Journ. of ment. sc.*, juillet.) — Obstruction intestinale causée par des calculs biliaires, par PIÉCHAUD. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 mai.) — Occlusion intestinale causée par un calcul biliaire, par BRUNNER. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 janvier.) — Laparotomie pour obstruction intestinale par calcul biliaire, par CAMPENON. (5^e Cong. franç. Chir., Bull. méd., 15 avril.) — Des indications de la laparotomie dans l'occlusion intestinale, par DEZANNEAU. (*Revue gén. de clinique*, n° 13, p. 193.) — Traitement de l'invagination par l'injection et l'insufflation, ses dangers, par MORTIMER. (*Lancet*, 23 mai.)

Œil. — Du développement et du trajet des fibres médullaires dans le chiasma du nerf optique, par BERNHEIMER. (*Arch. of ophth.*, XX, 2.) — Mode de démonstration de la structure de l'œil, par STUART. (*Journ. of Anat.*, avril.) — Des rapports de l'œil avec le système cardio-vasculaire, par BATTEN. (*Lancet*, 2 mai.) — Études critiques d'optique physiologique, par PIERINI.

(*Giornale R. Accad. di Medic. Torino*, novembre 1890.) — Sur l'emploi de l'optomètre Scheiner-Parent pour la mesure subjective des amétropies, par NIMIER. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Sur la détermination simultanée de la réfraction et de l'acuité visuelle, par GULLSTRAND. (*Nordiskt med Arkiv*, XXIII, 9.) — Du choix des lunettes, par DESCHAMPS. (*Ann. enseig. sup. de Grenoble*, III, 2.) — Quelques remarques sur l'ophtalmomètre de Javal et de Schiotz, par OSTWALT. (*Rev. gén. d'opht.*, 3.) — L'action des prismes et des lentilles décentrées, par PERCIVAL. (*Arch. of opht.*, XX, 2.) — Note relative aux formules de correction applicables aux verres de lunettes et aux lentilles suivant leur distance à l'œil, par KNEPFER. (*Rev. med. de l'Est*, 5.) — De l'ophtalmométrie clinique, par OSTWALT. (*Soc. franç. d'opht.*, 5 mai.) — Statistique de la clinique complémentaire des yeux à la Faculté de médecine de Nancy, par ROHMER. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 6.) — Les symptômes oculaires comme aides de diagnostic, par BELT. (*Med. News*, 2 mai.) — Sur la rotation axiale de l'œil dans les mouvements latéraux de la tête, par FERRI. (*Giornale Accad. di Medic. Torino*, janvier.) — Hallucinations hémipiques homonymes avec lésion du nerf optique droit, par DE SCHWEINITZ. (*N. York med. Journ.*, 2 mai.) — Migraine fonctionnelle d'origine oculaire chez l'enfant, par ANDREWS. (*Ibid.*, 11 juillet.) — De la paralysie progressive, chronique des muscles de l'œil, par SÆMERLING. (*Arch. f. Psychiat.*, XXII, suppl. heft.) — Sur la valeur diagnostique de la paralysie centrale de la 6^e paire, par MABBOUX. (*Lyon méd.*, 14 juin.) — Névrite optique double avec amblyopie considérable, due à l'empoisonnement arsenical, par DERBY. (*Boston med. J.*, 18 juin.) — Sur les troubles oculaires dans la maladie de Friedreich et sur le rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie et la maladie de Morvan, par ROUFFINET. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Observation d'amaurose héréditaire, par SYM. (*Edinb. med. Journ.*, juin.) — Ophtalmoplégie nucléaire, par LAGRANGE. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 avril.) — Un cas d'hémicrânie avec ophtalmoplégie bilatérale, par CANTALAMESSA. (*Bull. sc. med. Bologne*, février.) — De la polyopie monoculaire, par BULL. (*Soc. franç. d'opht.*, 5 mai.) — Des épanchements de liquide albumineux dans les milieux de l'œil, par KALT. (*Soc. de biol.*, 20 juin.) — Des hémorragies spontanées de l'appareil de la vision chez les adolescents par GONTARD. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Les indications de la résection simple du nerf optique, par DE WECKER. (*Ann. d'ocul.*, mars.) — De l'ophtalmie sympathique, par BOE. (*Soc. franç. d'opht.*, 4 mai.) — Valeur des injections médicamenteuses intra-oculaires et sous-conjonctivales, par ABADIE. (*Ibid.*). — Un cas d'ophtalmie sympathique malgré la résection du nerf optique, par TROUSSEAU. (*Rev. gén. d'opht.*, 3.) — La question de l'ophtalmie sympathique devant la société d'ophtalmologie de Paris, par ABADIE. (*Ann. d'ocul.*, mars.) — De l'excision du cul-de-sac conjonctival dans le traitement de l'ophtalmie granuleuse, par FERRANDINI. (*Thèse de Montpellier*). — Prévention de l'ophtalmie des nouveau-nés, par SNELL. (*Lancet*, 25 avril.) — Prophylaxie de la cécité par ophtalmie des nouveau-nés, par DEHENNE. (*Revue d'hyg.*, XIII, 236 et 361, mars et avril.) — Anatomie pathologique de la buphtalmie, par KALT. (*Ann. d'ocul.*, mai.) — Rupture traumatique du droit inférieur de l'œil droit, par BOURGEOIS. (*Soc. franç. d'opht.*, 7 mai.) — Capsulotomie et capsulectomie ténoïennes, par DRANSART. (*Journ. d'ocul. Nord de la France*, février.) — Du cancer métastatique de l'œil, par MITVALSKY. (*Arch. of opht.*, XX, 2.) — Pronostic et traitement des tumeurs malignes intra-oculaires, par LAGRANGE. (*Gaz. des hôp.*, 9 mai.) — Emploi des instruments de platine dans la chirurgie oculaire, par GRUENING. (*Arch. of opht.*, XX, 2.) — Chirurgie nouvelle dans les annexes de la glande des procès ciliaires, par NICATI. (*Soc. de biol.*, 4 juillet.) — Iodoforme dans les inflammations

chroniques de l'œil, par BARR. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — Des couleurs d'aniline en thérapeutique oculaire, par CORDONNIER. (*Thèse de Paris*, 5 mai.)

Œsophage. — Cancer de l'œsophage, ouverture dans la bronche gauche, cancer secondaire dans le grand droit de l'abdomen, par MARTIN-DURR. (*Soc. Anat. Paris*, 19 juin.) — Gastrostomie et trachéotomie pour un épithélioma de l'œsophage, par NEWMAN. (*Glasgow path. Soc.*, 20 avril.) — Deux cas de dyspnée et de dysphagie produite par un anévrisme simulant un rétrécissement de l'œsophage et un cancer œsophagien simulant un anévrisme, par NEWMAN. (*Glasgow med. Journ.*, mars.) — Œsophagotomie pour l'extirpation d'un dentier retenu dans l'œsophage depuis cinq ans et neuf mois, guérison, par FURNER. (*Lancet*, 2 mai.) — Œsophagotomie pour corps étrangers, par WOODS. (*Cork med. and surg. Assoc.*, 25 mars.)

Olfaction. — Influence de l'odeur sur les mouvements respiratoires et sur l'effort musculaire, par HENRY. (*Soc. de biol.*, 6 juin.) — De l'appareil nerveux central de l'olfaction, par TROLARD. (*Arch. de neurol.*, juillet.)

Orbite. — Extirpation d'une grosse exostose de l'orbite avec conservation de l'œil, par POOLEY. (*N. York med. record*, 11 octobre 1890.) — Périostite gummeuse de l'orbite, par MRAZEK. (*Soc. des méd. de Vienne*, 6 février.) — Sur un cas de tumeur de l'orbite, par PUECH. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 avril.) — Coup de fleuret de l'orbite, déchirure de l'artère méningée moyenne et de l'artère sylvienne, méningo-encéphalite, mort, par BIMLER. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.)

Oreille. — Muscles de l'oreille rudimentaire, par STUART. (*Journ. of Anat.*, avril.) — Considérations pratiques sur l'anatomie de la région mastoïdienne, par A. BIRMINGHAM. (*Dublin Journ.*, février.) — De l'importance fonctionnelle du limaçon, par CORRADI. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXII, 1.) — Les canaux semi-circulaires et la maladie de Ménière, par LUSSANA. (*Giorn. int. di sc. med.*, avril.) — Anomalies de développement de l'oreille, par EYLE. (*Thèse de Zurich*.) — Une observation d'audition colorée, par DELSTANCHE. (*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Du diapason et des épreuves avec le diapason, par KISSELBACH. (*Monats. f. Ohrenh.*, janvier.) — Analyse de l'expérience de Weber par A. BING. (*Wien. med. Presse*, n° 9, p. 329.) — Sur l'interprétation des phénomènes auditifs produits par le diapason placé sur le maxillaire inférieur, par COUETOUX. (*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Electro-acoumètre, par CHEVAL. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet.) — Traité des maladies de l'oreille, par ROHRER. (In-8°, Vienne.) — Quelques considérations sur la surdité, par ARTEAGA. (*Revista de laringologia*, février.) — Toux auriculaire, par COMPAIRED. (*Boll. mal. dell' orecchio*, avril.) — Le diagnostic différentiel et le pronostic du bourdonnement d'oreilles, par JONES. (*Lancet*, 16 mai.) — Traitement des bourdonnements d'oreille, par TURNBULL. (*Med. News*, 18 juillet.) — Pathogénie du vertige auriculaire, par POMEROY. (*N. York med. Journ.*, 20 juin.) — L'importance de l'ouverture de la trompe d'Eustache dans les maladies de la tête et des oreilles, par TURNBULL. (*Med. News*, 2 mai.) — Des malformations congénitales de l'oreille avec kystes et fistules branchiales, par SCHWENDT. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXII, 1.) — Fistules congénitales symétriques du lobule des oreilles, par SABRAZÈS. (*Journ. méd. Bordeaux*, 31 mai.) — Fistule congénitale de l'oreille, par PARK. (*Journ. of ophth. otol. and laryng.*, janvier.) — De l'otite grippale, par HESSLER. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXII, 1.) — Trois cas d'otite moyenne aiguë avec carcin. mastoïdienne suite de rougeole, par BOLZ. (*Arch.*

f. Ohrenh., XXXII, 1.) — De la classification et de l'étiologie des otites moyennes en général, par GRADENIGO. (*Sperimentale*, 30 avril.) — De l'otite chez l'enfant, par BAUMEL. (*Montpellier méd.*, 1^{er} mai.) — Treize cas de surdité partielle avec rétrécissement de la trompe d'Eustache traités par l'électrolyse, par LARSEN-UTKE. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIII, 10.) — De l'ostéite condensante douloureuse de l'apophyse mastoïde, par NUVOLE. (*Boll. d. mal. dell' orecchio*, IX, 5.) — Sur un nouveau signe de perforation du tympan, par MILSOM. (*Marseille méd.*, 1.) — Ouverture permanente du tympan et tympan artificiel, par BEHRENS. (*Med. and surg. Reporter*, 14 février.) — Sur la migration des abcès tympaniques et sur son mécanisme, par COUETOUX. (*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — De la paracentèse du tympan, par KIRCHNER. (*Sitz. phys. med. Würzburg*, 3.) — Traitement de l'otite moyenne suppurée, par GRADLE. (*Med. News*, 11. avril.) — Réaction au remède de Koch des suppurations de l'oreille moyenne survenant dans le cours de la phtisie pulmonaire, par BEZOLD. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVII, p. 622.) — Un bon remède contre les otites moyennes purulentes chroniques, sozoïodol, par GRAZZI. (*Boll. mal. dell' orecchio*, IX, 5.) — Du traitement de l'otite moyenne suppurée par le salol camphré, par PÉGOU. (*Thèse de Paris*.) 24 juillet.) — Applications de vaseline liquide dans le traitement des affections de l'oreille moyenne, par DELSTANCHE. (*Soc. de laryng. belge*, 17 mai.) — Une nouvelle modification du traitement par l'acide borique dans l'otite moyenne purulente chronique, par SCHEIBE. (*Münch. med. Woch.*, 7 avril.) — Le lysol et le naphthol β dans la thérapeutique des maladies de l'oreille, par HAUG. (*Ibid.*, 17 mars.) — Le traitement précoce de l'inflammation mastoïdienne, par WILSON. (*Edinb. med. Journ.*, mai.) — Guérison de la surdité catarrhale chronique par l'excision du tympan et des deux grands osselets, par BURNETT. (*Med. News*, 4 juillet.) — Traitement de l'otite moyenne purulente par l'ablation des osselets cariés et des dépôts dans l'attique tympanique, par COLLES. (*Americ. j. of med. sc.*, mai.) — Du traitement chirurgical de la thrombose des sinus à la suite de l'otite moyenne, par ZAUFAL. (*Prager med. Woch.*, 3.) — Deux cas d'otite moyenne suppurée avec thrombose et suppuration du sinus latéral, signes de pyémie, opération, guérison, par MAKINS. (*Lancet*, 6 juin.) — Traitement de l'inflammation proliférante de l'oreille moyenne, par WURDEMANN. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 18 avril.) — Traitement des abcès mastoïdiens, par GUYE. (*Soc. de lar. belge*, 17 mai.) — Lupus de l'oreille moyenne, par OUSPENSKI. (*Ann. mal. de l'or.*, mai.) — Syphilis de l'oreille, par OUSPENSKI. (*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Exostose du conduit auditif externe, par BALLANCE. (*London path. Soc.*, 19 mai.) — Du cholestéatome de l'oreille au point de vue anatomique et pathologique, par POLITZER. (*Ann. mal. de l'or.*, avril.) — Acné et comédons multiples limités aux deux oreilles qui ont été plusieurs fois gelées, par ROSENTHAL. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 janvier.) — Cérumen concret envahissant les cellules mastoïdiennes et déterminant de la paralysie faciale, par DALBEY. (*N. York med. Journ.*, 18 juillet.) — Contribution au traitement du furoncle du conduit auditif externe, par GRUENWALD. (*Münchener med. Woch.*, 3 mars.) — Carie étendue et cholestéatome du processus mastoïde sans inflammation locale, mort par thrombose du sinus latéral, par FRIEDENWAL. (*Arch. of otology.*, janvier.) — Blessure par arme à feu de la région mastoïdienne et de l'oreille, par DUPLAY. (*Semaine méd.*, 13 juin.) — Occlusion par traumatisme du conduit auditif externe, par FOSTER. (*N. York med. Journ.*, 18 juillet.) — Blessure de l'oreille par un morceau de bois, par JACK. (*Boston med. Journ.*, 21 mai.)

Oreillon. — Des oreillons, par PEINDARIE. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.)

Orthopédie. — La chirurgie orthopédique, sa définition, son but, ses moyens, par KIRMISSON. (*Rev. d'orthop.*, 3.)

Os. — Les modifications extérieures des os du membre inférieur pendant la vie, par JABOULAY. (*Province méd.*, 28 mars.) — Arrêt de développement portant sur plusieurs côtes, par DURNERIN. (*Lyon méd.*, 24 mai.) — Ostéomyélite des côtes, par BERTHOMIER. (*Cong. franç. Chir. Bulletin méd.*, 13 mai.) — Epithélioma développé dans un ancien foyer d'ostéomyélite du tibia, par MARTEL. (*Lyon méd.*, 24 mai.) — Observation d'abcès des os, par BATTLE. (*Lancet*, 20 juin.) — Pathologie de la périostite aiguë infectieuse et de la nécrose aiguë des os en croissance, par TUBBY. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVII, p. 77.) — Etude expérimentale des ostéomyélites à staphylocoques et à streptocoques, par LANNELONGUE et ACHARD. (*Ann. Inst. Pasteur*, V, 4.) — Les ostéomyélites aiguës et leurs microbes, par ACHARD. (*Gaz. heb. Paris*, 30 mai.) — Des ostéomyélites à staphylocoques, à streptocoques et à pneumocoques au point de vue expérimental et clinique, par LANNELONGUE. (5^e *Cong. franç. Chir. Bull. méd.*, 4 avril.) — Ostéite épiphysaire non suppurante et hyperostose du fémur, par DUBRULLE. (*Gaz. heb. Paris*, 9 mai.) — Décollement épiphysaire de la tête du fémur survenue à 7 ans, trouvée chez un homme mort à 47 ans, description de l'articulation coxo-fémoral, par LAFOURCADE. (*Soc. anat. Paris*, 22 mai.) — Ostéite tuberculeuse du tibia, vaste cavité tuberculeuse consécutive, par CAZENAVE. (*Ibid.*, 17 avril.) — L'évidement des os longs pour ostéomyélite tuberculeuse, par GUIDONE. (*Progresso med.*, 10 avril.) — Résection orthopédique des os des membres pour lésions étendues des parties molles, par GUERMONPREZ. (5^e *Cong. franç. de Chir. Bull. méd.*, 13 mai.) — Des exostoses ostéogéniques, par PATRIARCHE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Ostéotomie linéaire du tibia et du péroné, par KUMMER. (*Rev. d'orthop.*, 3.) — Quatre cas d'ostéomalacie chez des aliénés, par WALSH. (*Lancet*, 25 juillet.)

Ovaire. — Contribution à l'histologie normale et pathologique des ovaires de la femme, par ALEXENKO. (*Ann. de gynéc.*, juin.) — Pathologie et traitement de l'ovarite chronique, par SKENE. (*Med. News*, 13 juin et *Boston med. Journ.* 18 juin.) — Des causes mécaniques de la torsion du pédicule dans les tumeurs de l'ovaire, par CARIO. (*Cent. f. Gynæk.*, 2 mai.) — Kyste dermoïde colossal de l'ovaire, par LANGENBECH. (*Berl. klin. Woch.*, 19 janvier.) — Cinq cas de rotation axiale dans des tumeurs ovariques, par ROBINSON. (*N. York med. Journ.*, 16 mai.) — Sur l'ablation d'ovaires à fonctionnement normal dans le développement rudimentaire des conduits de Müller, par BLOCH. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIII, 2.) — Ovariectomie contre l'aliénation, par KITTO. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 11 avril.) — Observations et réflexions pratiques sur l'ovariectomie, par LERICHE. (*Lyon méd.*, 19 avril.) — Remarques cliniques sur une 8^e série de 25 ovariectomies, par TERRIER. (*Rev. de Chir.*, juillet.) — Cystome papillaire proliférant de l'ovaire, par FRAENKEL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 6.) — Ovariectomie pratiquée pour la 3^e fois chez la même malade, par BUCHANAN. (*Brit. med. J.*, 18 juillet.) — Kyste de l'ovaire gauche se manifestant subitement au 3^e mois d'une grossesse par la torsion du pédicule, laparotomie, avortement consécutif, mort de syncope quelques heures après la fausse couche, par BAUDRON. (*Soc. anat. Paris*, 8 mai.) — Formation de carcinome dans la cicatrice abdominale après l'ovariectomie, par FRANK. (*Prager med. Woch.*, 3 juin.)

P

Palais. — Du releveur du voile et de son application, technique rhinoscopique, par LUBET-BARBON. (*Arch. de laryng.*, IV, 4.) — Des anomalies de la voûte palatine dans leurs rapports avec la dégénérescence, par CHARON. (*Thèse de Paris*, 2 juillet.) — Adhérence du voile du palais au pharynx, opération, guérison, par FOSTER HAL. (*Med. and surg. Reporter*, 4 avril.) — Trois opérations d'uranostaphylorrhaphie pour division congénitale de la voûte palatine, par MONPROFIT. (*Bull. Soc. de méd. Angers*, p. 24, 2^e sem., 1890.) — Division congénitale complète de la voûte et du voile du palais. Staphylorrhaphie. Guérison complète, par DENUÉ. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 avril.) — 2 cas d'uranostaphyloplastie, par JULIUS WOLFF. (Un enfant 3 mois; 1 femme 45 ans). (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 mars.) — Un cas d'œlème aigu de la luette, par GALLIARD. (*France méd.*, 12 juin.) — Papillome de la luette, par POTHERAT. (*Soc. anat. Paris*, mars.) — Fibrosarcome du palais, ablation par DUNDAS GRANT. (*Journ. of laryng.*, juillet, p. 301.)

Paludisme. — De la fièvre rémittente algérienne, par DELMAS. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Etudes sur la malaria, par DOCK. (*Med. News*, 30 mai.) — Nouvelles études sur la malaria, par DOCK. (*Ibid.*, 6 juin.) — Note sur la fièvre de Malte, par BRUCE. (*Brit. med. j.*, 13 juin.) — Fièvre rémittente de Malte, 42 cas, par GODDING. (*Ibid.*, 16 mai.) — Etude de la malaria à New-York, par JAMES. (*N. York Acad. of med.*, 19 mars.) — De l'importation du paludisme à l'île de la Réunion, par MAUREAU. (*Thèse de Paris*, 15 juillet.) — Etude critique sur l'étiologie du paludisme, par DOULET-FORTUNAY. (*Thèse de Paris*, 17 juin.) — Démonstration par la photographie du développement des parasites de la malaria, par GOLGI. (*Zeit. f. Hyg.*, X, 1.) — Les rapports des conditions atmosphériques avec la fièvre intermittente, par HEMENWAY. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 13 juin.) — Les parasites du sang de la fièvre paludéenne tropicale, par G. DOCK. (*Fortschritte der Medizin*, n° 5, p. 187.) — Valeur diagnostique des plasmodies paludéennes, par O. HERTEL et C. VON NOORDEN. (Tuberculose, diagnostic par l'examen négatif du sang. (*Berlin. klin. Wochens.* p. 300, 23 mars.) — L'eucalyptus dans le traitement de la fièvre intermittente, par ATKINSON. (*Practitioner*, juillet.)

Pancréas. — Etude des fonctions du pancréas, diabète expérimental, par HÉDON. (*Arch. de méd. exp.*, III, 3.) — Influence de la bile sur les propriétés émulsionnantes du suc pancréatique, par RACHFORD. (*Journ. of phys.*, XII, 1.) — Sur les phénomènes consécutifs à l'altération du pancréas, déterminée expérimentalement par une injection de paraffine dans le canal de Wirsung, par HÉDON. (*Soc. de biol.*, 11 avril.) — Procédés de destruction du pancréas, troubles consécutifs, par GLEY. (*Ibid.*) — Sur la production de la glycosurie et de l'azoturie après l'extirpation totale du pancréas, par HÉDON. (*Acad. des sc.*, 4 mai.) — Sur les inclusions parasitaires dans les cellules pancréatiques des amphibiens, par J. STEINHAUS. (*Beiträge z. path. Anat.*, Bd. VII, H. 3, p. 365.) — Sur la production de la glycosurie et de l'azoturie après l'extirpation totale du pancréas, par HÉDON. (*Soc. de biol.*, 25 avril.) — Sur la glycosurie alimentaire chez les chiens dont le pancréas a été détruit par GLEY. (*Ibid.*) — Sur le pancréas

et sur le diabète pancréatique, par NOMMES. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Des fonctions du pancréas, diabète expérimental, par HÉDON. (*Arch. de med. expér.*, III, 4.) — Étude anatomo-pathologique et clinique du cancer et des kystes du pancréas, par ROUX. (*Thèse de Paris*; 23 juillet.) — Kyste pancréatique, laparotomie et drainage, par PITT et JACOBSON. (*Roy. med. and chir. soc.*, 9 juin.) — Kyste du pancréas, par HARTMANN. (3^e Cong. franç. chir. *Bull. méd.*, 15 avril.) — Cancer du pancréas et ascite chyleuse, par FLAVIO SANTI. (*Gaz. d. Ospit.*, II.) — Du cancer primitif du pancréas, par BRET. (*Province méd.*, 2 mai.)

Pansement. — Guide de la garde-malade, conférences aux dames de la Société française de secours aux blessés, par MONTEUUIS. (In-8°. Paris.) — Manuel théorique et pratique de bandages, par MAREVÉRY, MORIN et RÉTEAUD. (In-12, Paris.) — De l'exécution de l'asepsie à la clinique de Bergmann, par SCHIMMELBUSCH. (*Arch. f. klin. Chir.*, XVII, 7.) — Pansements aseptiques improvisés, par WYMAN. (*Journ. of nat. Ass. of railway surgeons*, nov. 1890.) — Altération d'une gaze iodoformée par un champignon du genre *cladosporium*, par MÉNIER. (*Journ. de pharm.*, 1^{er} mai.) — L'usage et l'abus du drainage en chirurgie, par J. MOORE. (*N. York med. Record*, 14 mars.)

Paralysie. — Mouvements associés dans la paralysie faciale, par ACHARD. (*Gaz. des hôp.*, 28 mai.) — Sur la paralysie faciale périphérique, par ANDRÉ. (*Mercredi méd.*, 27 mai.) — Des mouvements associés dans la paralysie faciale, par DEBOVE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 mars.) — Le massage dans la paralysie faciale, par VOLPE. (*Gaz. d. Ospit.*, 16.) — Forme singulière de paralysie de l'épaule, par PERREGAUX. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 déc. 1890.) — Des paralysies infectieuses expérimentales, par GILBERT et LION. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 6 juin.) — Des lésions nerveuses et des paralysies consécutives à l'apposition des menottes, par DÄHNHARDT. (*Deutsche med. Woch.*, n° 10.) — Des paralysies par fulguration, par LIMBECK. (*Prager med. Woch.*, 1^{er} avril.) — Étude de l'hémiplégie, par GUCCI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 1 et 2.) — Paralysie ascendante aiguë. Mort, par J. EICHBERG. (*N. York med. Record*, 21 fév.) — Sur un cas de paralysie pseudo-hypertrophique avec réaction de dégénérescence, par BÉDARD et RÉMOND. (*Arch. de méd.*, juillet.) — Anatomie pathologique de la paralysie agitante, par SASS. (*St-Petersb. med. Woch.*, 18 mai.) — Pathologie de la paralysie agitante, par BORGHERINI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVII, 1 et 2.) — Paralysie infantile d'origine centrale et poliomyélite infantile, par FREUD et RIÉ. (*Wiener med. Wochens.*, n° 5.) — Traitement chirurgical et mécanique des difformités consécutives à la paralysie spinale infantile, par DE FOREST VILLARD. (*Americ. J. of med. sc.*, mai.)

Paralysie générale. — De la fréquence relative de la paralysie générale chez les laïques et chez les religieux, par BOUCHAUD. (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Étude de la paralysie générale considérée chez les Arabes, par MEILHON. (*Ibid.*) — La paralysie générale devient-elle plus fréquente? par STARK. (*Arch. f. ueff. Gesundheitsfleige Alsace-Lorraine*, 1890 et *Hygienische Rundschau*, I, 168.) — Quelques formes rares de paralysie générale, par BRADLEY FOX. (*Journ. of ment. sc.*, juillet.) — Considérations sur la paralysie générale, par DE BÖCK. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 15 mai.) — Deux cas de paralysie générale et un cas de manie aiguë, à début fébrile, simulant une pyrexie franche, par BEUGNIES-CORBEAU. (*Soc. méd. psych.*, 23 mars.) — Sur un cas de sialorrhée paroxystique dans la paralysie générale, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 9 mai.)

Parole. — Observation sur la thérapeutique du bégaiement, par WINCKLER. (*Wiener med. Wochens.*, n° 13.) — Sur la nature et le traitement du bégaiement, par BEHNKE. (*Journ. of laryng.*, juillet.) — De la ventriloquie, par WAGNER. (*Münch. med. Woch.*, 28 avril.)

Parotide. — Fistule de la parotide, par BENEDICT. (*Buffalo med. Journ.*, fév.) — Gros enchondrome mixte de la parotide. Ablation. Guérison, par DANSAC. (*Gaz. méd. Paris*, 30 mai.)

Pathologie. — La pathologie cellulaire et la pathologie parasitaire, par MONTI. (In-8°, Milan.)

Paupière. — Ptosis congénital, par GILLET DE GRANDMONT. (*Soc. franç. d'opht.*, 4 mai.) — Technique de l'excision des granulations de la paupière, par RUSSAK. (*Therap. Monat.*, juillet.) — Le traitement du trachome autrefois et aujourd'hui, par STATTLER. (*Zeits. für Heilkunde*, n° 1, p. 45.)

Peau. — De la résorption cutanée, par WINTERNITZ. (*Arch. f. exp. Path.*, XXVIII, 5 et 6.) — Des affections cutanées toxiques et névrotiques, par EHRLMANN. (*Int. klin. Rundschau*, 16.) — Du polymorphisme des manifestations tuberculeuses de la peau, par LONGUEVILLE. (*Thèse de Paris*, 4 juin.) — Sur une dermatite érythémateuse et papuleuse de nature indéterminée, par HALLOPEAU. (*Soc. de dermat.*, 9 juillet.) — Sur certaines affections pustuleuses accompagnées d'atrophie, par BRONSON. (*Journ. cutan. dis.*, avril.) — Akrokératome héréditaire, par NEUBURGER. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIII, 1.) — Recherches microscopiques sur la dermatite aiguë, par HEITZMANN. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 4.) — De l'euphorine dans quelques maladies vénériennes et cutanées, par PERONI. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LIV, 1 et 2.) — De l'emploi des liniments siccatifs, par PICK. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 4.)

Pelade. — Rapports entre les affections oculaires et la pelade, par LOUIS FROELICH. (*R. S. M.*, XXXVIII, 215.) (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 343, 6 avril.) — Un cas de pelade totale du cuir chevelu probablement d'origine nerveuse, par BROUSSE. (*Soc. de dermat.*, 3 avril.) — Sur une variété d'angio-névrose donnant lieu à des plaques d'alopécie pseudo-peladique avec ischémie, anesthésie, achromatose et taches pigmentées, par HALLOPEAU. (*Ibid.*, 3 avril.)

Pemphigus. — Un cas de pemphigus végétant, par LOWE. (*Lancet*, 23 mai.) — Cheiro-pompholyx, par WILLIAM. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIII, 2.) — De l'influence du traitement arsenical sur un cas de pemphigus bulleux, par JARJAVAY. (*Bull. de thérap.*, 30 mai.)

Périnée. — La soi-disant déchirure du périnée, par GARRIGUES. (*Med. News.*, 25 avril.) — Sur la réparation du périnée de la femme, par TAIT. (*Semaine méd.*, 24 juin.) — Opération de périnéorrhaphie pour rupture complète, par LAWRENCE. (*Transact. obst. soc.*, XXXII, p. 377.) — Périnéorrhaphie nouvelle méthode de sutures, par CL. CLEVELAND. (*N. York med. record*, 14 févr.) — La suture en bourse pour les ruptures du périnée, par BOUTON. (*Transact. Obst. soc.*, XXXII, p. 380.)

Péritoine. — De l'endothélium du péritoine et des modifications qu'il subit dans l'inflammation expérimentale; comment il faut comprendre la guérison des plaies par réunion immédiate, par RANVIER. (*Acad. des sc.*, 20 avril.) — Du revêtement épithélial du péritoine tubo-ovarique et de sa

transformation physiologique, par MORAU. (*Soc. de biol.*, 23 mai.) — Perforation de l'appendice iléo-cœcal, péritonite généralisée due au bacillus coli communis. Mort, par GOULLIoud et ADENOT. (*Lyon méd.*, 21 juin.) — De la pelvi-péritonite, par RECLUS. (*Semaine méd.*, 15 juillet.) — La pelvi-péritonite aiguë et son traitement, par RECLUS. (5^e *Cong. franç. chir. Bull. méd.*, 29 avril.) — Curabilité des péritonites post-opératoires, par JULLIEN. (3^e *Cong. franç. chir. Bull. méd.*, 15 avril.) — Péritonite purulente guérie par la laparotomie, enfant de 4 ans, par HENOCH. (*Berl. klin. Woch.*, 26 janv.) — Les opiacés dans la péritonite aiguë, par SMITH. (*Med. news.*, 30 mai.) — Traitement de la péritonite purulente, par MARTINO. (*Progresso med.*, 10 avril.) — De l'amputation du canal rachidien, sacrum, dans la laparotomie péritonéale postérieure, par MAAS. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 3 et 4.) — Corps libre de la cavité péritonéale, par SOTTAS. (*Soc. anat. Paris*, juin.) — Des kystes du mésentère, par ARÉKIOU. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Sur les kystes du mésentère, par DELMEZ. (*Thèse de Paris*, 11 juin.) — Kyste du mésentère à contenu hématique, par POTHERAT. (*Soc. anat.*, mars.)

Pharmacologie. — Manuel de pharmacologie et de thérapie comparée, par MARCONE. (*Naples.*) — Essai d'une classification des drogues, précédé de quelques définitions générales relatives à la matière médicale, par GAY. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 4 juillet.) — De la richesse médicamenteuse des préparations officinales de plantes très actives et de l'utilité qu'il y aurait à en assurer le titrage, par ADRIAN. (*Soc. de thérap.*, 27 mai.) — Arrêté du ministre prussien des affaires médicales (21 novembre 1890) concernant l'entrée en vigueur de la 3^e édition de la pharmacopée germanique. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, I, 385, avril.) — Note sur la manière dont quelques éthers aromatiques se comportent dans l'organisme, par SOAVE. (*Giornale R. Accad. di Medic. Torino*, novembre 1890.) — De la liqueur d'arquebuse : nouvelles preuves expérimentales des propriétés épileptisantes de l'essence de fenouil, par CADÉAC et MEUNIER. (*Soc. de biol.*, 2 mai.) — Antagonisme des forces épileptisantes et des forces stupéfiantes contenues dans le vulnéraire, action convulsivante de cette liqueur, par CADÉAC et MEUNIER. (*Ibid.*, 20 juin.) — Sur l'essence de sauge, par CADÉAC et MEUNIER. (*Lyon méd.*, 31 mai.) — Sur une matière colorante violette dérivée de la morphine, par CAZENEUVE. (*Acad. des sc.*, 13 avril.) — Recherches sur l'action de l'atropine, par L. SABBATINI. (*Riforma medica*, 8 janvier.) — Accoutumance des divers organes à l'usage prolongé de l'atropine, par SABBATINI. (*Sperimentale, mem. orig.*, XLV, 2.) — Les digitalines commerciales, par FOUQUET. (*Thèse de Paris*, 11 juin.) — Action de la digitaline amorphe sur la circulation cardio-pulmonaire, par BAYER. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 5 janv.) — Etude de quelques aconitines, par CASSARINY. (*Thèse de Paris*, 9 juillet.) — De l'action physiologique de la noix de kola, par KOTLAR. (*Vratch*, 2 mai.) — Sur les principes actifs et toxiques du lupin, par C. RAIMONDI. (*Arch. ital. de biologie*, XV, p. 246 et *Annali di chimica e farmacol.*, XII, 1890.) — Action physiologique des principes actifs du celastus edulis, par Mosso. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 1.) — Phénomènes calorimétriques chez les animaux curarisés, par REICHERT. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — Influence du curare sur le développement de l'embryon du poussin, par S. FUBINI. (*Arch. de biol.* XV, p. 59 et *Soc. Toscan. di scienze nat.*, 6 juillet 1890.) — Etude du cactus grandiflorus, par AULDE. (*Therap. Gaz.*, 14 mai.) — Pharmacologie de l'euphorbia, par AULDE. (*N. York med. Journ.*, 18 juillet.) — Du principe toxique et helminthique de l'extrait éthéré de fougère, par POUSSON. (*Arch. f. exp. Path.*, XXIX, 1 et 2.) — Sur le chlorhydrate d'orexine, par GORDON. (*Lan-*

cet, 11 juillet.) — Action physiologique de l'euphorine, par PIERO GIACOSA. (*Arch. ital. de Biol.* XV, p. 33 et *Giornale d. R. Acc. di medicina Torino* 1890, n° 12-12.) — Quelques expériences sur l'eucalyptol, par BRAINERD. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.) — Recherches cliniques sur la valeur antihydrotique de l'acide agaricinique, par COMBEMALE. (*Bull. de thérap.* 30 mai.) — Essai sur les astringents, par MICHEL. (*Thèse de Montpellier.*) — Action de la trypsine, de l'extrait pancréatique et de la pepsine sur les coagula et le muco-pus, par MORRIS. (*N. York med. Journ.*, 11 avril.) — Action de quelques hypnotiques sur la digestion, par GORDON. (*Brit. med. Journ.*, 18 juillet.) — Les nouveaux antiseptiques, les couleurs d'aniline, par EGASSE. (*Bull. de thérap.*, 15 juin.) — De l'action méthémoglobinisante du bleu de méthylène, par COMBEMALE. (*Soc. de biol.*, 2 mai.) — La microcidine, par BERLIOZ. (*Bull. acad. méd.*, 28 avril.) — Térébenthine comme germicide et antiseptique, par SCHLEPPGREGG. (*Med. news*, 30 mai.) — Sur quelques nouveaux antiseptiques dérivés du crésylol, par MASSOL. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 23 mai.) — De la créosote par CATILLON. (*Soc. de thérap.*, 27 mai.) — Sur la créosote, étude clinique et pharmacologique, par CHAMPIGNY. (*Soc. de thérap.*, 24 juin.) — Recherches sur le guaiacol, par P. MARFORI. (*Arch. Ital. de Biol.*, XV, p. 311 et *Annali di chimica e farmacologia*, vol. XI, p. 304.) — Formation de méthémoglobine par les doses élevées d'antipyrine, par DARIO BALDI. (*Arch. ital. de Biol.*, XV, p. 163. *La Terapia moderna*, 1890, n° 2.) — De la chloralamide, par GORDON. (*Brit. med. J.*, 16 mai.) — De l'exalgine, par YVON. (*Arch. de neurol.*, XXI, 63.) — De la résorption du fer, par KUNKEL. (*Sitz. phys. med. Würzburg.*, 3.) — Action du foie sur la cocaïne, par GLEY. (*Soc. de biol.*, 4 juillet.) — De l'action du strontium et de ses sels sur l'organisme, par LABORDE. (*Ibid.*) — Du rôle physiologique de l'acide phosphorique, par LOEW. (*Biol. Centralb.*, XI, 9 et 10.) — Action physiologique du carbonate de nickel, par MCKENDRICK et SNODGRASS. (*Brit. med. Journ.*, 6 juin.) — Sur l'élimination du mercure, par LÉPINE. (*Semaine méd.*, 20 mai.) — Du passage de l'iode et de l'acide salicylique dans les exsudats, par L. DEVOTO. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 7.) — Sur quelques préparations iodoformées, par GAY. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 27 juin.) — De l'europhène, nouveau produit iodé, par SIEBEL. (*Therap. Monats.*, juillet.) — Les applications dermato-thérapeutiques de l'europhène, par EICHOFF. (*Ibid.*) — Expériences sur la valeur antiseptique de l'iodoforme, par SIRIGNANO. (*Rivista clinica e terap.*, n° 1, p. 1.) — Nouvelle fonction chimique de l'acide carbonique à haute pression, par D'ARSONVAL. (*Arch. de phys.*, III, 3.)

Pharynx. — Artère vertébrale visible dans le pharynx, par GELLÉ. (*Soc. franç. d'otol.; Rev. de lar.*, 15 juillet.) — Pharyngite aiguë par le froid, laryngite, oedème de la glotte, mort, par COLLINS. (*Manchester clin. Soc.*, 21 avril.) — Sur un cas de pustule de la gorge, du pharynx, du nez et du larynx, par AUDUBERT. (*Rev. de laryng.*, 15 avril.) — De la pharyngite sèche, par MEISS. (In-8°, *Heidelberg.*) — Obs. d'hémorragie pharyngée, par ROSENTHAL. (*Deut. med. Zeit.*, 16 avril.) — Des abcès rétro-pharyngés chez les enfants, par SOKOLOFF. (*Med. Obosrenie*, 2.) — Adénite tuberculeuse suppurée du ganglion rétro-pharyngien du côté droit, par DUBRUEIL. (*Semaine méd.*, 20 mai.) — Un cas de phlegmon primitif infectieux du pharynx, par HÖHLEIN. (*St-Petersb. med. Woch.*, 2.) — Syphilis et tuberculose de la gorge, par WOLFENDEN. (*Journ. of laryng.*, p. 290, juillet.) — L'emploi de la fuchsine dans les maladies du pharynx et du larynx, par BOGHOFF. (*Vratch*, 16.) — Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par NIMIER. (*Gaz. hebd. Paris*, 6 juin.) — Diagnostic des végéta-

tions adénoïdes, par WINCKLER. (*Wiener med. Woch.*, 23 mai.) — Arrêts de développement et déformations provoqués par l'hypertrophie du tissu adénoïde du pharynx nasal, par NOQUET. (*Bull. méd. Nord*, 5.) — Sur le traitement des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par DIONISIO. (*Il Sordomuto*, mars.) — Manuel opératoire de l'ablation des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par RUVAULT. (*Cong. franç. chir. Bull. méd.*, 12 avril.) — Curettes électriques pour les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par ROUSSEAU. (*Soc. de lar. belge*, 17 mai.) — Sarcome rétro-pharyngé, par LANGE. (*N. York surg. soc.*, 17 avril.) — Sarcome sous parotidien et rétro-pharyngien, opération, guérison, par WILSON. (*Lancet*, 27 juin.) — Sarcome de l'isthme du gosier et du pharynx, par HALLOPEAU. (*Soc. de dermat.*, 9 juillet.) — Ligature simultanée des deux carotides pour un myxosarcome naso-pharyngien, par BRYANT. (*N. York surg. Soc.*, 25 fév.) — Traitement du sarcome naso-pharyngien chez l'adolescent, par GRUENWALD. (*Monats. f. Ohrenh.*, juin.) — Méthode opératoire pour les polypes naso-pharyngiens, par VON BARACZ. (*Cent. f. Chir.*, 18 avril.)

Phthiriasse. — De la phthiriasse pubienne, par FOURNIER. (*Union médicale*, 26 février.)

Pied. — Sur les variations de la forme de la plante du pied sous l'influence du repos, de la station et de la marche, par FÉRÉ et DEMANTKÉ. (*Soc. de biol.*, 23 mai.) — De la tarsectomie postérieure totale et des amputations du pied à lambeau talonnier doublé du périoste calcanéen, par OLLIER. (*Rev. de chir.*, avril.) — Préparations cryptogamiques d'un pied de Madura, observé en dehors de l'Inde (en Italie, par Bastini et Campana), par KABNER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 février.) — Sur le pied-bot congénital à manifestations tardives, par BOUDRON. (*Thèse de Paris*, 24 avril.) — Du valgus équin congénital accompagné de courbure antérieure du tibia et d'absence plus ou moins complète du péroné et des orteils, par NÉLATON. (*Rev. d'Orthop.*, 1^{er} juillet.) — Pieds-bots varus équins congénitaux anciens et tarsectomie postérieure cunéiforme, par GROSS. (*Semaine méd.*, 10 juin.) — Traitement du pied-bot par la traction forcée intermittente, par SCHAFFER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 1.) — Traction forcée dans le traitement du pied-bot, par NEWTON SHAFFER. (*Rev. d'Orthop.*, 3.) — De la méthode de Phelps pour le redressement du pied-bot, par J. DESCHAMPS. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, n° 4; p. 93.) — Pied plat rhumatismal, par HARRINGTON. (*Boston med. Journ.*, 9 avril.) — Double pied plat valgus douloureux traité avec succès par l'opération d'Ogston, par KIRMISSON. (*Bull. acad. méd.*, 24 mars.) — Le traitement du pied plat, par LANDERER (*Munch. med. Woch.*, 27 janv.)

Pigment. — De l'anatomie et du développement du pigment cutané chez la grenouille, par JARISCH. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 4.)

Pityriasis. — Pityriasis rosé avec microcoques, par KÖEBNER. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 353, 6 avril.)

Placenta. — De la structure normale du placenta dans l'espèce humaine et sur l'infarctus blanc du placenta, par G. FINZI. (*Riforma medica*, 10 janvier.) — Sur le développement du placenta humain, par GOTTSCHALK. (*Arch. f. Gynæk.*, XL, 2.) — De la formation du placenta prævia, par AHLFELD. (*Zeit. f. Geburts.*, XXI, 2.) — Placenta prævia central avec présentation transverse, version, guérison, par PROBEN. (*N. York med. Record*, 17 jan-

vier.) — De la procidence du cordon ombilical dans l'insertion vicieuse du placenta, par FRÉAL. (*Thèse de Paris*, 25 juin.) — Quelques remarques sur les tumeurs placentaires, description de 3 cas de ces tumeurs, par ALIN. (*Nord-med. Arkiv*, XXIII, 4.) — Sur les polypes placentaires, par R. KAHLDEN. (*Centralbl. f. allg. Path.*, 1^{er} janvier.)

Plaie. — Plaie par armes à feu, 4 balles pénétrant, une extraite, chirurgie conservatrice, par NELSON. (*Boston med. Journ.*, 28 mai.) — Infection d'une plaie par le virus de la fièvre aphteuse, par SCHLATTER. (*Beit. zur klin. chir.*, VII, 3.)

Pleur. — Les pleurésies métapneumoniques, par LYON. (*Ann. de méd.*, 6 mai.) — La pleurésie interlobaire, par POTAIN. (*Union médicale*, 3 mars.) — Du déplacement de la matité dans les épanchements pleurétiques, par BLANC. (*Thèse de Lyon*.) — Epanchement pleural fétide, par JAMES. (*Edinb. med. Journ.*, juin.) — Observation de pleurésie chyleuse ponctionnée à plusieurs reprises, par S. HAMPELN. (*St-Petersb. medic. Wochenschr.*, n° 51, 1890.) — Un cas de pleurésie séro-fibrineuse avec bacilles d'Eberth, par FERNET. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 15 mai.) — Pronostic variable de la pleurésie suivant les milieux où on observe, par PETER. (*Bull. méd.*, 26 avril.) — Pleurésie hémorragique, cancer du poulmon, par MATHIEU. (*Gaz. des hôp.*, 25 juin.) — Pleurésie hémorragique, cancer du poulmon, par MESLAY. (*Soc. anat. Paris*, 19 juin.) — Des pleuresies tuberculeuses, par PIOTAY. (*Thèse de Paris*, 21 mai.) — Empyème chez un tuberculeux, par MOUISSET. (*Lyon méd.*, 21 juin.) — Empyème, par HOLMES. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 4 avril.) — Deux cas d'empyème, par TROWBRIDGE. (*Med. News*, 2 mai.) — Empyème, résection des côtes, guérison, par LEAHY. (*Lancet*, 30 mai.) — Traitement chirurgical de la pleurésie purulente par la pleurotomie antiseptique sans lavage, par PÉRAIRE. (*Progrès médical*, 18 avril.) — Sur le mode de production du pneumo-thorax par solution de continuité de la plèvre pulmonaire sans inflammation purulente, par WILH ZAHN. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XXIII, 2.) — Pansement de Gieth pour le thorax dans la pneumonie et la pleurésie, par PARKER. (*Med. News*, 9 mai.)

Poids. — Sur le poids et le volume des animaux et de l'homme, par MIES. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XXIII, 1.)

Poil. — Sur la destruction des poils par l'électrolyse, par BROCC. (*Soc. de dermat.*, 3 avril.) — Des altérations des follicules dans la dépilation et du mode de régénération des poils arrachés, par S. GIOVANNINI. (*Arch. Ital. de Biol.*, XV, p. 50.) — Alopecie du cuir chevelu et de la barbe avec striation transversale des ongles à la suite d'un séjour dans les pays chauds, par JARDET. (*Ann. de dermat.*, II, 6.) — Recherches sur la trichorrexia nodosa, par RAYMOND. (*Ann. de dermat.*, II, 7.)

Poulmon. — Pneumonie et infection purulente, par COUTEAUD. (*Gaz. hebdomadaire*, 4 juillet.) — Pneumonies et pneumoniques, par PETER. (*Union médicale*, 10 mars.) — Un traumatisme peut-il produire une pneumonie lobaire? par MACDOUGALL. (*Lancet*, 20 juin.) — A propos de la pneumonie croupale à foyers disséminés, par MASSALONGO. (*Gaz. d. Ospit.*, 23.) — Les pressions anormales intrathoraciques et leur traitement, par DENISON. (*Sanitarian*, nov. 1890.) — Des suppurations produites par le pneumocoque de Frænkel, par NANNOTTI. (*Sperimentale*, 30 juin.) — Immunité contre le diplocoque pneumonique conférée par l'extrait glycériné de poulmon hépatisé, par VASSALE et MONTANARI. (*Gaz. d. Osped.*, 19.) — De la congestion pulmonaire active à forme pseudo-pleurétique, par BER-

THIER. (*Rev. de méd.*, avril.) — De l'empyème pulmonaire, par LIEBERMEISTER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 1.) — Cancer du poulmon, par BRUNET. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 mai.) — Cancer des poulmons, de la trachée et du larynx, par SCHIFFERS. (*Soc. de lar. belge*, 17 mai.) — Cancer de la racine du poulmon gauche, extension à travers les trous vertébraux, compression et ramollissement de la moelle, par RICKARDS. (*Brit. med. J.*, 4 juillet.) — Le traitement de la première période de la pneumonie lobaire aiguë, par SMALL. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 23 mai.) — Des relations entre l'empyème et la pneumonie croupale, par DRUMMOND. (*Brit. med. J.*, 18 juillet.) — Le violet de méthyle dans les affections pulmonaires, par MASINI. (*Gaz. d. Ospit.*, 21.) — Traitement de la pneumonie par de hautes doses de digitale, par FIKL. (*Wiener med. Woch.*, 13 juin.) — La digitale au 1^{er} et 2^e degré de la pneumonie, par CARHART. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 6 juin.) — L'infusion chaude de digitale dans le traitement de la pneumonie, par HERSHEY. (*Med. News*, 18 juillet.) — Du pyopneumothorax sous-phrénique, par RAMADAN. (*Thèse de Paris*, 9 juillet.) — Les pierres du poulmon, de la plèvre et des bronches et la pseudo-phthisie pulmonaire d'origine calculeuse, par POULALION. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Etude des abcès pulmonaires consécutifs à la pneumonie fibrineuse, par POTELLA. (*Riv. gen. ital. di clin. med.*, III, 6 et 7.) — Hernie du poulmon, par FAIRAND. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 mars.) — Cure radicale de hernie du poulmon, par TRUFFIER. (*Bullet. soc. de chirurgie*, XVI, p. 852.) — Contribution à la chirurgie du poulmon, par KRECKE. (*Munch. med. Woch.*, p. 399, 9 juin.)

Prostate. — Sur l'évolution de la prostate chez le chien, par REGNAULD. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — Prostatisme chez la femme, par CHEVALIER. (*Arch. de tocol.*, avril.) — De l'hypertrophie de la prostate et de son traitement, par SAUVAJOL. (*Thèse de Montpellier*.) — De l'atrophie de la prostate, par ENGLISH. (*Wiener med. Blätter*, 23 avril.) — De la prostatite chronique, par OBERLÄNDER. (*Journ. of cutan. dis.*, juillet.) — Prostatite suppurée, incision périnéale prérectale, guérison rapide, par JACQUES L. REVERDIN. (*Revue médicale Suisse romande*, XI, 187, mars.) — Le traitement de Bottini dans l'hypertrophie prostatique, par MOROTTI. (*Brit. med. Journ.*, 2 mai.) — Taille sus-pubienne pour calcul, ablation du lobe prostatique moyen hypertrophié, par WEIR. (*N. York med. Journ.*, 30 mai.) Prostatotomie chez un homme de 43 ans, par POST. (*Boston med. Journ.*, 23 avril.)

Protozoaire. — Les protozoaires agents pathogènes, par G. FISCHER. (*Iéna*, 1890.) — Résultats négatifs de l'inoculation de psorospermies aux animaux, par SHATTOCK et BALLANCE. (*London path. Soc.*, 19 mai.) — Cultures de psorospermies, par DELÉPINE. (*London path. Soc.*, 19 mai.)

Prurigo. — Pathogénie et traitement du prurigo d'Hebra, par AUGAGNEUR. (*Soc. de dermat.*, 3 avril.) — *Idem.*, par TENNESON. (*Ibid.*, 4 avril.) — Prurigo et prurit, par BARJON. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Du naphthol camphré et de son emploi dans les prurits, par BONAFOË. (*Thèse de Montpellier*.)

Psoriasis. — Psoriasis atypiques, leurs rapports avec l'eczéma, leur traitement, par MATHIEU. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Psoriasis anormal comme début, siège et évolution chez un arthritique invétéré, par MOREL-LAVALLÉE. (*Ann. de dermat.*, II, 6.) — Traitement du psoriasis par l'aristol, par RAFF. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 3.)

Psychose. — Les déséquilibres, par AZAM. (*Rev. scientif.*, 16 mai.) — Hé-

mianopsie inférieure double, troubles sensitivo-sensoriels dans une psychose fonctionnelle, par HOCHÉ. (*Arch. f. Psych.*, XXIII, 1.) — Un cas de psychose polynévritique avec autopsie, par KORSAKOW et SERBSKI. (*Arch. f. Psych.*, XXIII, 1.) — Des psychoses puerpérales, par OLSHAUSEN. (*Zeit. f. Geburts.*, XXI, 2.) — Note sur les hallucinations autoscopistes ou spéculaires ou sur les hallucinations altruistes, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 6 juin.)

Psychologie — De la mémoire, par ROSS. (*Brain*, 53.) — Sur le dédoublement de la personnalité et les hallucinations verbales psycho-motrices, par SÉGLAS. (*Arch. de neurol.*, juillet.)

Ptomaïne. — Sur quelques actions physiologiques d'une ptomaïne, par ESCHNER DE CONINCK. (*Soc. de biol.*, 18 avril.)

Puerpéral (état). — Cas de septicémie puerpérale, par BINKLEY. (*Med. News*, 20 juin.) — Elévation de température d'origine obscure pendant le puerpérisme, par COE. (*Amer. Journ. of obst.*, juin.) — Fièvre puerpérale, nature, prophylaxie, traitement, par BYERS. (*Dublin J. of med. sc.*, mai.) — L'élément émotionnel dans la période puerpérale, par WRIGHT. (*Journ. of nerv. dis.*, mai.) — Etudes cliniques et bactériologiques sur une épidémie de fièvre puerpérale, par DOEDERLEIN. (*Arch. f. Gynæk.*, XI, 1.) — Métropéritonite puerpérale; laparotomie; guérison, par VON LANGERMEERSCH. (*Annales Soc. de méd. Anvers*, février.) — Antisepsie puerpérale, par SAMUEL GACHE. (*Broch. Buenos-Ayres.*) — Sur la thérapeutique de l'infection puerpérale, par SWIECICKI. (*Wiener med. Blätter*, n° 15.) — L'irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif de la septicémie puerpérale, par M^{lle} DOBROVSKINE. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.)

Purpura. — 2 cas de purpura hemorrhagica, par DUNHAM. (*Med. News*, 25 avril.) — Le purpura hémorragique, par LOCKWOOD. (*N. York med. Record*, 7 février.) — Sur un cas de purpura à pneumocoque, par CLAISSE. (*Arch. de méd. exp.*, III, 3.) — Le bacille de l'infection hémorragique, par BABES. (*Cent. f. Bakt.*, IX, 22.)

Q

Quarantaine. — Critique des quarantaines, par ROEWER. (*Deutsche medicinal Zeitung* 1890 et *Hygienische Rundschau*, I, 34.)

Quinine. — Transformation de la capréine en quinine, par GRIMAUX et ARNAUD. (*Acad. des sc.*, 13 avril.) — Sur la quinéthylène, base homologue de la quinine, par GRIMAUX et ARNAUD. (*Acad. des sc.*, 15 juin.) — Quinine comme stimulant cardiaque, par HARE. (*Lancet*, 25 avril.)

R

Rachis. — Faux appendice caudal formé par une tumeur congénitale du coccyx, par BARTELS. (*Berlin. klin. Wochens.*, 16 février.) — Les lésions traumatiques du rachis causées par les chemins de fer, étiologie, traite-

ment, par MANLEY. (*Journ. of nerv. dis.*, juin.) — Un cas de scoliose par sciatique, par REMAK. (*Berlin klin. Wochens.*, 23 février.) — Fracture de la colonne vertébrale avec paraplégie, guérison par VILLARD. (*Lyon méd.*, 21 juin.) — Traitement du mal de Pott, par GIRAUD. (*Thèse de Montpellier.*) Mal de Pott cervical traité avec succès par l'appareil plâtré, par LORENZ. (*Soc. des méd. de Vienne*, 20 fév.) — Fracture du rachis, paralysie, laminectomie au 3^e jour, guérison, par GOLDING-BIRD. (*Brit. med. Journ.*, 23 mai.) — Laminectomie pour lésion des vertèbres cervicales, par Mc COSH. (*N. York surg. soc.*, 11 mars.) — Laminectomie pour mal de Pott, par LLOYD. (*N. York Acad. of med.*, 20 fév.) — Deux cas de paralysie par flexion rachidienne, laminectomie, guérison, par LANE. (*Brit. med. J.*, 6 juin.) — Laminectomie, 103 cas de chirurgie spéciale, par LLOYD. (*Americ J. of med. sc.*, juillet.) — 4 nouveaux faits de chirurgie rachidienne du mal de Pott, traitement et drainage, par le canal rachidien, des lésions antémédullaires, par CHIPAULT. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Rachitisme. — Du rachitisme, par CORNIL. (*Semaine méd.*, 16 mai.) — Du rachitisme et de son traitement maritime, par CARTIER. (*Thèse de Paris*, 10 juin.) — Traitement du rachitisme par le phosphore, par METTENHEIMER. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXII, 3.) — De la combinaison de l'ostéotomie tibiale et de l'ostéoclasie du fémur dans le redressement des membres inférieurs rachitiques, par LEVRAT. (3^e Cong. franç. chir. Bull. méd. 13 mai.)

Rage. — Virulence de la salive humaine chez les rabiques, par CHANTEMESSE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 mai.) — Altérations histologiques de la rétine dans la rage expérimentale, par F. FALCHI (*Riforma medica*, 7 janvier.) — D'une forme atténuée de la rage observée pendant le cours du traitement par les inoculations préventives, par LAVERAN. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 avril.) — Guérison possible de la rage confirmée; virulence de la morsure des hommes enrégés. (*Bull. méd.*, 29 avril.) — La rage, par DANA. (*N. York med. Record*, 3 janv.) — L'hydrophobie, par CARTER GRAY. (*Ibid.*) — Les vaccinations antirabiques en 1890, par PERDRIX. (*Ann. inst. Pasteur*, V, 5.)

Rate. — Quelques expériences sur le rôle homopoiétique de la rate, par GRIGORESCU. (*Arch. de phys.*, III, 3.) — Hypertrophie de la rate, par TILLIER. (*Lyon méd.*, 26 avril.) — De la splénomégalie primitive, par BRUHL. (*Arch. gén. de méd.*, juin.)

Rectum. — Indications opératoires et traitement des prolapsus du rectum, par GAUTHIER. (*Gaz. des hôp.*, 2 mai.) — Traitement des prolapsus du rectum, par SOULIÉ. (*Thèse de Paris*, 25 juin.) — Lésion ulcéreuse du rectum et de l'S iliaque, par KELSEY. (*N. York med. Journ.*, 27 juin.) — Pathogénie des soi-disant ulcères syphilitiques du rectum, par NICKEL. (*Thèse de Greifswald.*) — Un cas de rétrécissement du rectum, par GANT. (*Med. News*, 23 mai.) — Etude statistique sur le cancer du rectum, par ARND. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 1 et 2.) — Cancer du rectum, par LEDRU. (5^e Cong. franç. chir. Bull. méd., 3 mai.) — Le traitement du cancer du rectum. Remarques sur le procédé de Kraske, par THORNDIKE. (*Boston med. Journ.*, 7 mai.) — Résection du rectum pour cancer annulaire, par HOUZEL. (*Bull. acad. méd.*, 17 mars.) — 4 cas de cancer annulaire du rectum, colotomie inguinale, par HEATH. (*Brit. med. Journ.*, 4 juillet.) — Des indications opératoires du cancer du rectum, par FAYARD. (*Thèse de Lyon.*)

Réflexe. — Diffusion systématique des réflexes chez l'homme, par TANZI.

(*Riv. sper. di freniat*, XVII, 1 et 2.) — Le réflexe tendineux, par MARIE. (*Union médicale*, 23 avril.)

Rein. — Du fonctionnement du rein chez les urinaires, par CHABRIÉ. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mai.) — Le rein des phtisiques, par TISSIER. (*Ann. de méd.*, 29 avril.) — Rein kystique double, par BOQUEL. (*Soc. anat. Paris*, 17 avril.) — Rein unique médian, en fer à cheval, par PERREGAUX. (*Soc. anat. Paris*, 3 juillet.) — Néphrite infectieuse. Pyélonéphrite, par REYMOND. (*Ibid.*, p. 373 et 375, juin.) — De la néphrite artérielle chez les jeunes gens, par POILLOT. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Note sur un cas de gravelle phosphatique du rein gauche, coïncidant avec de la gravelle urique du rein droit, par G. GRAUX. (*Union médicale*, 30 mai.) — Pyélonéphrite double, par SAINTON. (*Soc. anat. Paris*, avril.) — De la mortification anémique de l'épithélium rénal, par O. ISRAËL. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 janvier.) — Sur la tuberculose rénale, par SCHNELLER. (*Thèse de Paris*, 21 mai.) — Tuberculose rénale ascendante et descendante expérimentale, par ALBARRAN. (*Bull. méd.*, 27 mai.) — Recherches expérimentales sur les capsules surrénales, par ALEZAIS et ARNAUD. (*Marseille méd.*, n° 1.) — Capsules surrénales dans le plexus solaire, par PILLIET. (*Soc. anat. Paris*, 1^{er} mai.) — Sur la tuberculose des capsules surrénales et ses rapports avec la maladie d'Addison, par ALEZAIS et ARNAUD. (*Rev. de méd.*, avril.) — Cas de dégénérescence tuberculeuse des capsules surrénales, sans coloration bronzée, associée à la folie, par FRANCE. (*Journ. of. ment. se.*, juillet.) — Le vomissement dans l'oligurie, par G. COLASANTI. (*Arch. ital. de Biol.* XV, p. 161 et *Bullet. Accad. med. Roma*, XVI, n° 5.) — L'emploi de la morphine pour le traitement de certains symptômes urémiques, par WASHBURN. (*Med. News*, 11 juillet.) — Sur quelques formes rares du cancer du rein, forme douloureuse; adéno-épithéliomes récents avec infection rapide, par BRAULT. (*Semaine méd.*, 17 juin.) — Cathétérisme permanent des uretères, dérivation du cours de l'urine, par POIRIER. (*Soc. de biol.*, 11 juillet.) — Sur quelques phénomènes consécutifs aux injections urétérales, par POIRIER. (*Ibid.*, 18 juillet.) — Cathétérisme permanent des uretères, par ALBARRAN et LLURIA. (*Ibid.*) — Des abcès tuberculeux périnéphrétiques, par THOMAS. (*Thèse de Paris*, 24 avril.) — De la périnéphrite tuberculeuse et des abcès froids périnéphrétiques, par TUFFIER. (*Gaz. hebd. Paris*, 9 mai.) — Abcès périnéphrétique ouvert dans les bronches, par LOUMEAU. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 mai.) — Chute sur les reins; mort immédiate par hémorragie dans le canal vertébral, par HAHN. (*Berlin. klin. Wochens.* p. 268, 9 mars.) — L'anatomie chirurgicale du bassin et l'exploration intérieure du rein, par LEGUEU. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — Chirurgie des calculs du rein, par GUILLEMAIN. (*Gaz. hebd. Paris*, 18 juillet.) — Calcul du rein gauche, néphrolithotomie, guérison. De l'évacuation des caillots sanguins dans les hématuries graves, par NOGUÉS. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — Hydronéphrose dans un rein double, opération, guérison, par HOCHENEGG. (*Soc. des méd. de Vienne*, 27 fév.) — 8 cas de néphrolithotomie lombaire, par JACOBSON. (*London clin. soc.*, 10 avril.) — Calcul rénal arborescent, long de 11 centimètres et demi. large de 7, énucléé par incision lombaire, par LANGENBUCH. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 janvier.) — De l'hydronéphrose, par ARNOULD. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — 3 cas d'hydronéphrose intermittente, par ZAWISZA. (*Medicina*, 1.) — Anurie par pyonéphrose double, néphrolithotomie double, par TURNER. (*London clin. soc.*, 10 avril.) — Résultats éloignés de la néphrorraphie, par TUFFIER. (5^e Cong. franç. chir. *Bull. méd.*, 22 avril.) — Deux cas d'extirpation du rein, par HOCHENEGG. (*Soc. méd. de Vienne*, 17 oct. 1890.) — Néphrectomie pour pyonéphrose, par ELLIOT. (*Boston med. Journ.*,

7 mai.) — De l'ablation par dissection des grands kystes séreux du rein, par TUFFIER. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.) — Néphrectomie suivie de guérison, pour hydronéphrose intermittente due à la direction rétrograde de la 1^{re} partie de l'uretère, par J. ISRAEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 février.) — Néphrectomie pour pyonéphrite, par KNOX. (*Glasgow med. Journ.*, avril.) Tumeur volumineuse du rein gauche (épithélioma), par TERRILLON. (*Bullet. soc. de chirurgie*, XVII, p. 116.) — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein, par CHEVALIER. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Extirpation d'un rein pour un énorme myxo-sarcome chez un enfant de 3 ans et 8 mois, par BROKAW. (*Med. News*, p. 313, 21 mars.) — Plaie du rein par coup de couteau. Hématurie. Pyurie. Incision d'un abcès périnéphrétique; grattage des parois de l'abcès et du rein; continuation de la pyurie. Néphrectomie. Guérison, par VILLENEUVE. (*Bullet. soc. de chirurgie*, XVI, p. 811.)

Réséction. — De la réséction totale du carpe, méthode dorsale, suture métallique des os du métacarpe avec ceux de l'avant-bras pour le traitement des synovites fongueuses du carpe, par GRITTI. (*Gaz. d. Ospit.*, 12.) Réséction du poignet avec incision dorsale, par EG. HOFFMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 52, 1890.) — Réséction partielle des deux os de l'avant-bras droit après les traumatismes graves limités aux parties molles, par GUERMONPREZ. (*Gaz. des hôp.*, 14 mai.) — Réséction du coude, résultats ultérieurs, par SCUDDER. (*Boston med. Journ.*, 16 avril.) — Des réséctions de l'avant-bras après les traumatismes des parties malades, par CHARLES. (*Thèse de Paris*, 17 juin.) — Des néoformations dans la hanche après les réséctions guéries, par SACK. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 3 et 4.) — Des résultats de la réséction du genou, par MACON. (*Thèse de Paris*, 18 juin.) — Résultats éloignés de réséctions du genou, par L. CHAMPIONNIÈRE. (*Bullet. soc. de chirurgie*, XVII, p. 45.) — Réséction du genou, par MOTY. (*Ibid.*, XVII, p. 66.) — Réséction d'un cal vicieux de la jambe, par LE DENTU. (*Ibid.*, XVII, p. 212.) — Extirpation de l'astragale, par DE NAZARIS. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 juin.) — De la tarsectomie antérieure totale ou antéro-tarsectomie, par OLLIER. (*Revue d'Orthop.*, 3.) — Extirpation de l'astragale pour luxation due à une paralysie infantile, par PICQUÉ. (*Bullet. soc. de chirurgie*, XVII, p. 92.) — Extirpation de l'astragale pour valgus pied plat, par L. CHAMPIONNIÈRE. (*Ibid.*, XVII, p. 92.)

Respiration. — Sur la fonction des fibres lisses péribronchiques et sur les caractères des tracés respiratoires, par ARTHAUD. (*Soc. de biol.*, 18 juillet.) — La veinosité du sang dans le centre respiratoire est-elle la cause de la respiration, par COWL. (*N. York med. Journ.*, 6 juin.) — Influence du travail musculaire sur les échanges respiratoires, par ODDI. (*Sperimentale, mém. orig.*, XLV, 2.) — De l'inhibition cardio-respiratoire de Brown-Séquard, par TAMASSIA. (*Riv. sper. di freniat.* XVII, 1 et 2.) — Le tégument séminal des papilionacées dans le mécanisme de la respiration, par MATTIROLO et L. BUSCALINI. (*Arch. Ital. de Biol.* XV, p. 129 et *Malpighia*, IV, 7-8.) — Influence des effets respiratoires sur les poumons d'individus sains, par C. FALZETTI et A. MUGGIA. (*Arch. Ital. de Biologie*, XV, p. 347 et *Archivie per le scienze mediche*, XV, n° 9.) — De la respiration périodique intermittente, par FENOGGIO. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIX, 4.) — Effets physiologiques de la respiration dans un air raréfié, par LIEBIG. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 355, 6 avril.) — De la toxicité de l'air expiré, par BORISOW. (*Rousskaia med.*, 12 mai.) — Acide carbonique et mouvements respiratoires, par SPECK. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVII, p. 509.)

Rétine. — Mode de démonstration des rapports des deux côtés de la rétine

avec le monde extérieur, par STUART. (*Journ. of Anat.*, avril.) — Méthode pour l'observation des interférences rétinienne, par CHARPENTIER. (*Soc. de biol.*, 23 mai.) — Résultats d'expériences sur les interférences rétinienne, par CHARPENTIER. (*Ibid.*, 30 mai.) — Recherches complémentaires sur l'appréciation du temps par la rétine, par CHARPENTIER. (*Ibid.*, 6 juin.) — Dissociation des impressions successives occupant le même siège sur la rétine, par CHARPENTIER. (*Arch. de phys.*, III, 3.) — Oscillations rétinienne, par CHARPENTIER. (*Acad. des sc.*, 20 juillet.) — De la rétinite diabétique, par SCHWEIGGER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 7.) — Traitement d'un décollement rétinien consécutif à une rétinite proliférante, par PFLUEGER. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 16 nov. 1890.) — Obs. de périvasculise de la rétine, par SHEFFELS. (*Arch. of opht.*, XX, 2.) — Tache noire de la macula dans un cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine, par INOUE. (*Arch. of opht.*, XX, 2.) — Thrombose d'une veine de la rétine, par l'influenza, par DUJARDIN. (*Journ. sc. méd.*, Lille, 17 avril.)

Rhumatisme. — Etiologie du rhumatisme, par POTAIN. (*Semaine méd.*, 20 mai.) — Traité du rhumatisme et de l'arthrite rhumatoïde, par GARROD. Trad. de Brachet. (In-8°, Paris.) — Pathogénie des arthrites métastatiques et du rhumatisme articulaire, par KOLOMAN BUDAY. (*Orvosi Hetilap*, 1890 et *Hygienische Rundschau*, I, 97.) — Le rhumatisme articulaire chronique et ses rapports avec le système nerveux, par RALF WICHMANN. (*Neuwied*, 1890.) — Sur les points d'affinité entre l'arthrite rhumatismale, l'ataxie locomotrice et le goitre exophtalmique, par SPENDER. (*Brit. med. J.*, 30 mai.) — Observations étiologiques sur le rhumatisme articulaire aigu, par WAIBEL. (*Münc. med. Woch.*, 3 fév.) — De l'état mental des arthritiques. (*Bull. méd. Nord*, 3.) — Sur les affections oculaires liées à la diathèse rhumatismale, par L'EOST. (*Thèse de Bordeaux*.) — Des nodosités sous-cutanées rhumatismales, par MÉRIGOT DE TREIGNY. (*Revue gén. de clinique*, n° 13, p. 194.) — Le rhumatisme musculaire et son traitement, par POTAIN. (*Union médicale*, 19 fév.) — De l'œdème rhumatismal, par DESNOS. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 février.) — Rhumatisme, péricardite, pneumonie, hyperperexie, mort, par KATZENBACH. (*New York med. Journ.*, 6 juin.) — Endocardite rhumatismale, par HANOT. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — Hygromas aigus multiples d'origine rhumatismale, par FLEURY. (*Loire méd.*, 15 juin.) — Des formes du rhumatisme justiciables de la cure de Nérès, par F. DE RANSE. (*Revue gén. de clinique*, n° 14, p. 214.) —

Rougeole. — De la rougeole, par GUMFLOWICZ. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXII, 3.) — Recherches bactériologiques sur la salive des enfants atteints de rougeole, par MÉRY et BOULLOCHE. (*Rev. mal. de l'enf.*, avril.) — Peptonurie dans la rougeole, par KÖTTNITZ. (*Cent. f. med. Wiss.*, 11 juillet.) — La rougeole comme cause d'endocardite, par HUTCHINSON. (*Royal med. and chir. soc.*, 14 avril.) — Des engorgements ganglionnaires dans la rougeole, par HENRIQUEZ Y CARVAJAL. (*Thèse de Paris*, 28 mai.)

Rubéole. — Sur la rubéole et sur son traitement, par DIAGOUNIS. (*Bull. de therap.*, 15 juillet.) — De l'individualité de la rubéole, par WIDOWITZ. (*Wien. med. Presse*, n° 45, 1890.)

S

Salive. — De quelques réactions colorées de la salive buccale, par ROSEN-BACH. (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 8.) — Sarcome de la glande sous-

maxillaire, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd., Montpellier*, 2 mai.) — Calcul salivaire à facette, par TROSS. (*Ziegler's Beiträge f. path. Anat.*, VIII, 1, p. 95.)

Sang. — Production des éléments colorés du sang, par FOA. (*Gaz. d. Ospit.*, 24.) — La sthéthométrie normale et l'hypohématose, par MAUREL. (*Bull. Acad. méd.*, 17 mars.) — Méthode pour déterminer le poids spécifique du sang, par HAMMERSCHLAG. (*Soc. des méd. de Vienne*, 19 déc. 1890.) — Étude microspectroscopique du sang, par HÉNOCLÈTE. (*Arch. de phys.*, III, 3.) — Sur des hématozoaires de l'alouette voisins de ceux du paludisme, par LAVERAN. (*Soc. de biol.*, 23 mai.) — Sur l'action exercée par les solutions de quelques sels alcalins sur les éléments colorés du sang, par MAYET. (*Assoc. franç. Cong. de Limoges*, p. 723.) — Physiologie et pathologie du sang, par MUIR. (*Journ. of Anat.*, avril.) — Sur le plasma de solipède et sur les conditions de sa coagulation, par MAYET. (*Assoc. franç. Congrès de Limoges*, p. 614.) — L'analyse du sucre dans le sang, méthodes par pesée et par décoloration, par DASTRE. (*Arch. de phys.*, III, 3.) — Sur la détermination exacte du pouvoir glycolitique du sang, par LÉPINE et BARRAL. (*Acad. des sc.*, 25 mai.) — De la glycolyse hématique apparente et réelle et sur une méthode rapide et exacte de dosage du glycogène du sang, par LÉPINE et BARRAL. (*Ibid.*, 22 juin.) — De la glycolyse du sang circulant dans les tissus vivants, par LÉPINE et BARRAL. (*Ibid.*, 20 juillet.) — Glycolyse dans le sang et ferment glycolitique, par ARTHUS. (*Arch. de phys.*, III, 3.) — Le glycogène du sang ou glycogène hématique, par ARNAUD. (*Assoc. franç., Cong. de Limoges*, p. 668.) — Conservation indéfinie et ingestion du sang défibriné dans la chlorose, les anémies nerveuses, par BARADUC. (*Ibid.*, p. 755.) — L'apparition d'hémoglobinurie dans les expériences sur la pression du sang, par TILLIE. (*Journ. of Anat.*, juillet.) — Étalon en verre coloré pour hémochromomètre, par MALASSEZ. (*Soc. de biol.*, 30 mai.) — De la coagulation du sang au point de vue pratique, par LISTER. (*Brit. med. J.*, 16 mai.) — Sur une substance bactéricide du sang, par OGATA. (*Cent. f. Bakt.*, IX, 18.) — Le sérum du sang de chien, ses propriétés thérapeutiques, par SIMONET DE LABORIE. (*Thèse de Paris*, 24 juin.) — Action du sérum de sang pathologique sur les globules rouges physiologiques, par CASTELLINO. (*Gaz. d. Ospit.*, 22.) — Recherches sur l'action bactéricide du sang normal et pathologique, par ENDERLEN. (*Münch. med. Woch.*, 31 mars.) — Cellule à noyau non colorable dans les épanchements sanguins, par BASSI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 2.) — De la saignée, par WILKS. (*Lancet*, 23 mai.) — De la saignée, par OGLE. (*Lancet*, 9 mai.) — Sur la régénération du sang après saignée chez les oiseaux, par LUZET. (*Soc. de biol.*, 30 mai et *Arch. de phys.*, III, 3.) — Saignée dans les affections cardio-artérielles, par LAFLEUR. (*Med. news*, 4 juillet.) — Sur le sang sucé par les sangsues, par S. FUBINI, et A. BENEDICENTI. (*Arch. Ital. de biol.*, XV, p. 61, et *Soc. Tosc. di scienze nat.*, 6 juillet 1890.)

Sarcome. — Cas de sarcome multiple, par RAVOLD. (*Med. news*, 18 juillet.) — Un cas de sarcome avec diathèse hémorragique, par ROTH. (*Deut. med. Woch.*, 6.) — Un cas de transplantation d'un fibro-sarcome chez un rat, par EISELSBERG. (*Wiener klin. Woch.*, 48, 1890.) — Le sarcome primitif du poumon, par SCHECH. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVII, p. 411.) — Sarcome de la région lombaire, par RÉGNIER. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 mai.)

Saturnisme. — Du saturnisme professionnel et des mesures de police sanitaire propres à le prévenir, par PANIENSKI. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, 2^e série, LIII, 321 ; 3^e série, I, 135 et 304, octobre 1890, janvier et avril 1891.) —

Intoxication saturnine, hystéro-saturnisme, par POTAIN. (*Bull. méd.*, 22 juillet.) — Intoxication saturnine par la farine d'un moulin, par P. LEMAISTRE. (*Assoc. franç. Congrès de Limoges*, p. 690.) — Nouveau cas d'hémichorée saturnine, par GIRAT. (*Union médicale*, 7 mai.)

Scarlatine. — Les angines de la scarlatine, par BOURGES. (*Gaz. des hôp.*, 4 juillet.) — Sur la malignité et les infections secondaires dans la scarlatine, par DAMAIN. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Un cas de scarlatine grave, par GRANCHER. (*Ann. de méd.*, 20 mai.) — Scarlatine maligne, par JOYNT. — (*Lancet*, 6 juin.) — Des formes atténuées de la scarlatine, scarlatine et érysipèle, par JACCOUD. (*Gaz. des hôp.*, 18 juin.) — Étiologie et prophylaxie de la scarlatine, par SEVESTRE. (*Progrès médical*, 7 mars.) — Analyse de 1,008 cas de scarlatine, entrés à South-Western hospital en 1890, par CAIGER. (*Lancet*, 6 juin.) — De la convalescence de la scarlatine, par CHENET. (*Revue gén. de clinique*, n° 16, p. 243.)

Sclérodermie. — Un cas atypique de sclérodermie, par P. de MICHELE. (*Rivista clinica e terap.*, n° 2, p. 61.) — Sclérodermie ; hémiatrophie de la face et des membres, par NIXON. (*Dublin Journ.*, février.)

Scorbut. — Sur une épidémie de scorbut par F. EGGER. (*Correspondenz Blatt f. schweiz. Aerzte*, n° 6, p. 68, 15 mars.)

Scrofule. — Un cas de scrofuloderme, par DUNN. (*N. York med. Journ.*, 23 mai.)

Septicémie. — Des bactéries de la septicémie hémorragique, par CANEVA. (*Cent. f. Bakt.*, IX, 17.)

Serpent. — Opinions médicales et autres sur la nature toxique de la morsure de l'héloderma, par SHUFELDT. (*N. York med. Journ.*, 23 mai.)

Sommeil. — Sur la théorie toxique du sommeil, par ERRERA. (*Soc. de biol.*, 27 juin.)

Spina-bifida. — Du spina-bifida occulte, par VIRCHOW. (*Berlin. klin. Wochens.*, 23 février.) — Deux cas de spina-bifida. par BRADFORD. (*Boston med. Journ.*, 9 avril.) — Énorme spina-bifida de la région lombo sacrée. Extirpation. Guérison, par PICQUÉ. (*Bullet. Soc. de Chirurgie*, XVIII, p. 252.) — Excision d'un spina-bifida, par GARDNER. (*Med. news*, 16 mai.)

Strabisme. — Disparition spontanée d'un accident de la strabotomie, l'exophtalmie, par FERNANDEZ. (*Ann. d'ocul.*, juillet.)

Surdi-mutité. — Deux autopsies d'enfants sourds-muets, par LARSEN-UTKE. (*Nordiskt med Arkiv*, XXIII, 5.)

Synoviale. — La synovite tuberculeuse primitive, par GARRÉ. (*Beit. z. klin. Chir.*, VII, 2.) — Synovite tuberculeuse, par PRENGRUEBER. (*Bullet. Soc. de Chirurgie*, t. XVII, p. 226.)

Syphilis. — De la syphilis chez les Babyloniens et les Assyriens, esquisse historique, par PROKSCH. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, XII, 9.) — Syphilis et mariage, par W.-L. STRAIN. (*Glasgow med. Journ.*, février.) — De l'immunité syphilitique, auto-inoculation, réinfection, par HUDELO. (*Ann. de Dermat.*, II, 5.) — Prophylaxie publique, nourrices en incubation de syphilis, par FOURNIER. (*Ann. de Dermat.*, II, 6.) — Note sur la prophylaxie de la syphilis concernant la contre-visite des nourrices à la préfecture de police, par DUVERNET. (*ibid.*, II, 5.) — De la réinfection syphilitique, par

PETIT. (*Thèse de Paris*, 9 juillet.) — Syphilis à évolution anormale, par DUCASTEL. (*Soc. de Dermat.*, 15 mai.) — Sur un cas de syphilides papuleuses en courbes concentriques et en cocarde, par HALLOPEAU. (*Ibid.*) — Documents sur la syphilis héréditaire, par L. JULLIEN. (*Ann. de Dermat.*, II, 4.) — Hérédité syphilitique, observation d'évolution anormale, par FERRAS. (*Ibid.*) — Deux cas de syphilis congénitale chez des femmes de 24 et 31 ans, par SONNEBURG. (1^{er} cas, ulcères serpigineux; 2^e cas, gomme perforante du crâne, polyurie, mort). (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 268, 9 mars.) — Syphilis héréditaire avec manifestations oculaires graves chez un enfant de 5 mois, guérison par les injections hypodermiques de sublimé par DE SPÉVILLE. (*Rev. Mal. de l'enf.*, avril.) — Un cas intéressant de syphilis héréditaire, par STOWELL. (*Journ. of cutan. dis.*, juin.) — Syphilis héréditaire à forme spléno-hépatique, par CHAUFFARD. (*Semaine méd.*, 1^{er} juillet.) — Sur un cas de syphilis tertiaire, par DEBRU. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, 13 juin.) — Syphilomatose tertiaire multiforme, valeur diagnostique des cicatrices, cas remarquable de syphilis tertiaire post conceptionnelle, par BESNIER. (*Soc. franç. de Dermat.*, 11 juin.) — De la syphilis cérébrale et de ses rapports avec les affections du système nerveux, par TARNOWSKY. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 3.) — Tumeur comprimant la capsule interne. Absence d'antécédents syphilitiques. Guérison par le traitement mixte, par MERLIN. (*Loire méd.*, 15 avril.) — De la syphilis cérébrale, hémorragie cérébrale, artérite gommeuse et thrombose du tronc basilaire, par JOFFROY et LÉTIENNE. (*Arch. de méd. exp.* III, 3.) — De l'épilepsie syphilitique, par MALLET. (*Thèse de Paris*, 5 mai.) — Des accidents méningitiques de la syphilis héréditaire chez les enfants, par STOEGER. (*Thèse de Paris*, 11 mars.) — Rapports de la syphilis et de la paralysie générale, par BONNET. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Tumeur de la base de la langue et du larynx chez un tabétique syphilitique, par LEWIN. (*Soc. laryng. Berlin*, 24 avril.) — La syphilis du cœur et son traitement, par BOGOSLOWSKY. (*Bull. de théor.*, 30 juin.) — Endocardite syphilitique, par GREENE. (*Boston med. Journ.*, 25 juin.) — Gommès syphilitiques de l'œil et du poulmon simulant la tuberculose, par PANAS. (*La médecine moderne*, 5 février.) — Gomme du tissu épiscéléral, par BADAL. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 mars.) — Gomme syphilitique du tissu cellulaire sous-conjonctival, par FAGUET. (*Journ. méd.*, Bordeaux, 22 mars.) — Plaques muqueuses de la conjonctive au cours de la période secondaire de la syphilis, par LAUMET. (*Soc. anat. Paris*, juin, p. 369.) — Chancre palpebral, par BADAL. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 mars.) — De certaines manifestations oculaires de la syphilis et de leur traitement, par ABADIE. (*Soc. de Dermat.*, 4 avril.) — Syphilis pulmonaire chez l'adulte, par SATTERTHWAITE. (*Boston med. Journ.*, 11 juin.) — Syphilis des poulmons. Pneumonies et pleurites syphilitiques, par LANCEREAUX. (*Union médicale*, 29 janvier.) — La syphilis héréditaire des poulmons, par LANCEREAUX. (*Ibid.*, 12 mars.) — Syphilis pulmonaire, par SATTERTHWAITE. (*N. York Acad. of med.* 19 mai.) — De la syphilis des poulmons et du larynx, par ROUBLEFF. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Observation de sept chancres infectants de la face, par BROUSSE. (*Soc. de Dermat.*, 4 avril.) — Infection syphilitique extra génitale, 26 chancres des lèvres, 8 de l'amygdale, par RONA. (*Pester med. Chir. Presse*, 6.) — Pseudo-réinfection syphilitique, chancre de l'amygdale, manifestations secondaires multiples, hydrarthrose secondaire, érythème antipyrinique, par DE MOLÈNES. (*Ann. de Dermat.*, II, 5) — Chancre de l'amygdale, par JAKIMOVITCH. (*Bolnitchnaïa Gaz. Boskina*, 6.) — Chancre de l'amygdale, par ZELENIEFF. (*Vratch.*, 15.) — Syphilis contractée chez un barbier (chancre de la face) par OESTREICHER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 janvier.) — Chancre syphilitique de la langue et du palais, par TCHISTIAKOFF. (*Vratch.*,

48.) — Sur le chancre syphilitique du sein, par DIMEY. (*Thèse de Paris*, 6 mai.) — Syphilide serpiginieuse géante, par BESNIER. (*Soc de Dermat.*, 9 juillet.) — Un cas de soi-disant atrophie secondaire de la peau, suite de syphilis secondaire, par OPPENHEIMER. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 3.) — De l'érythème circiné tertiaire de la syphilis, par BRAUMANN. (*Thèse de Paris*, 8 juillet.) — De l'hypertrophie placentaire dans les cas de syphilis, par CORREA DIAS. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Myosite syphilitique du gastrocnémien gauche, par ROSENTHAL. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 janvier.) — Des affections syphilitiques du rachis, par JASINSKI. (*Archiv f. Dermat.*, XXIII, 3.) — Sur un cas de syphilomes multiples des os intéressant particulièrement plusieurs vertèbres dorsales, par HALLOPEAU. (*Soc. de Dermat.*, 9 juillet.) — De la pseudo-tumeur blanche syphilitique, par GELMA. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — État actuel du traitement de la syphilis, par E. KREIS. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 5, p. 129.) — Traitement préventif de la syphilis, par BESNIER. (*Gaz. des hôp.*, 26 mai.) — Emploi local de l'acide chromique dans les ulcérations syphilitiques, par KUTTNER. (*Therap. Monats.*, juin.) — Traitement des ulcérations vénériennes par l'acide salicylique, par JANOVSKY. (*Intern. klin. Rundschau*, 24. 1890.) — Excision de chancres syphilitiques, par MAURIAC. (*Soc. franç. de Dermat.*, 11 juin.) — Excision du chancre syphilitique, par JULLEN. (*Ibid.*, 9 juillet.) — Des résultats de l'excision du chancre syphilitique, par JULLEN. (*Union médicale*, 5 mars.) — Traitement de la syphilis par les injections mercurielles, par BROUSSE. (*Gaz. hebdomadaire de Montpellier*, 25 juillet.) — Traitement de la syphilis, en particulier de la syphilis nerveuse, par les injections de perchlorure de mercure, par WHITE. (*Lancet*, 6 juin.) — De l'emploi des frictions mercurielles dans le traitement de la syphilis, par FOURNIER. (*Union médicale*, 11 juin.) — Du traitement de la syphilis infantile par les injections sous-cutanées de sels mercuriels, par MONCORVO. (*Rev. mal. de l'enf.*, juillet.) — Échec de l'iodure de potassium dans un cas de syphilis nerveuse guéri par le mercure seul, par STEWART. (*Med. News*, 11 avril.)

T

Tabac. — Intoxication consécutive à l'usage externe du tabac, par AUCHÉ. (*Journ. Méd. Bordeaux*, 22 mars.)

Tænia. — Observation de botriocephalus tatus, par MUELLER. (*Corresp. Bl f. schw. Aerzte*, 1^{er} janvier.) — Évacuation par un malade, et en une fois de vingt-cinq tænia, par DU CAZAL. (*Soc méd. des hôpitaux*, 15 mai.) — Deux observations de nombreux tænia rendus par les malades (21 et 35) par LABOULBÈNE. (*Ibid.*, 29 mai.) — Un spécimen de la variété prismatique du tænia saginata (médiocanellata), par COATS. (*Glasgow Med. Journ.*, février.) — Sur les migrations du tænia gracilis Krabbe, par BLANCHARD. (*Soc. de biol.*, 9 mai.)

Teigne. — Des cultures de tricophyton, par MAZZA. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 4.) — Favus de l'ongle de l'annulaire, par KÆBNER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 février.) — Recherches sur le favus, par PICK et KRAL. (*Arch. f. Dermat. Ergänzungshefte*, heft 1.) — Sur l'emploi topique de la rhubarbe contre la tricophytie circinée, par BERTRAND. (*Arch. de méd. nav.*, juin.) — Nouveau traitement de la pelade, par MOTY. (*Soc. de Dermat.*, 15 mai.) — Sur les résultats obtenus dans le traitement de la tricophytie du cuir che-

velu, par QUINQUAUD et BUTTE. (*Ibidem.*, 2 avril.) — D'une nouvelle méthode pratique de traitement de la teigne favreuse, par PERANI. (*Giornal. Accad. di Medic. Torino*, janvier.)

Tendon. — Modifications observées après la ligature des tendons et des artères, par DELÉPINE et DENT. (*Royal med. and Chir. soc.*, 26 mai.) — Ténosynovite tuberculeuse, par Mc BURNEY. (*N. York surg. soc.*, 25 février.) — Arrachement du pouce, par une courroie de transmission avec tous les tendons jusqu'au coude. Guérison sans trace de réaction, par CORNAZ. (*Revue méd. Suisse rom.*, XI, 55, janvier.) — Rupture de la gaine du tendon du long adducteur, par HAMILTON. (*Med. News*, 11 avril.) — De l'arrachement sous-cutané des insertions des tendons extenseurs des doigts sur la phalangette, par NARODETZKI. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — De l'arrachement sous-cutané des insertions des tendons des doigts sur la phalangette, anatomie pathologique et traitement, par SCHWARTZ. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Nouveau procédé de greffe tendineuse dans les cas de section ancienne des tendons fléchisseurs des doigts, par ROCHET. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 20 juin.) — De la mobilisation de quelques tendons par déplacement des saillies osseuses sur lesquels ils s'insèrent, autoplasties tendineuses rotuliennes, par PONCET. (*Rev. d'Orthop.*, 1^{er} juillet.)

Testicule. — Sur les extraits liquides retirés des glandes et d'autres parties de l'organisme et sur leur emploi en injections sous-cutanées comme méthode thérapeutique, par BROWN-SÉQUARD et d'ARSONVAL. (*Arch. de phys.*, III, 3.) — Remarques à propos de l'emploi du liquide testiculaire, par BROWN-SÉQUARD. (*Soc. de biol.*, 9 mai.) — Les vaginalites plastiques, hématoécèles du scrotum, par LE DENTU. (*Gaz. des hôp.*, 2 juillet.) — La cure radicale de l'hydrocèle, par l'excision du sac, par SOUTHAM. (*Lancet*, 25 juillet.) — Traitement du varicocèle par la résection du scrotum, par DUMA. (*Thèse de Paris*, 21 mai.) — Kyste de l'épididyme, par DUPLAY. (*Bull. méd.*, 17 mai.) — Des kystes de l'épididyme, par DOMINGUEZ. (*Thèse de Paris*, 2 juillet.) — Pathogénie de l'hydrocèle congénitale et variétés peu connues de cette hydrocèle, par PHOCAS. (5^e Congr. franç. Chir. — *Bull. méd.*, 3 mai.) — Atrophie testiculaire double d'origine ourlienne et hypertrophie consécutive des deux mamelles, par CHARVOT. (*Bullet. Soc. de Chirurgie*, XVII, p. 211.) — La castration pour le testicule tuberculeux, par GUYON. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juillet.) — Épididyme étranglé dans un cas d'ectopie testiculaire, symptômes d'étranglement herniaire, castration, guérison par WHIPPLE. (*Brit. med. J.*, 6 juin.) — Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire, par LE JOLY-SENOVILLE. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Sarcome encéphaloïde du testicule gauche, par MATIGNON. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 avril.)

Tétanos. — Tétanos expérimental sur un cobaye, par CADÉAC et BOURRAY. (*Lyon méd.*, 10 mai, p. 63.) — De la virulence du microbe du tétanos débarrassé de ses toxines, par SANCHEZ-TOLEDO. (*Soc. de biol.*, 20 juin.) — Sur les propriétés du sérum des animaux réfractaires au tétanos, par VAILLARD. (*Soc. de biol.*, 6 juin.) — Nature et pathogénie du tétanos, par LAYRAL. (*Loire méd.*, 15 mai.) — De la diffusion du poison du tétanos dans l'organisme, par CAMARA PESTANA. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — Sur le tétanos, discussion. (*Soc. méd. de Jassy*, V, 1.) — Tétanos dû à l'infection directe, par HADRA. (*Kansas City med. Index*, p. 201, 1890.) — De l'antitoxine du tétanos, par TIZZONI et CATTANI. (*Cent. f. Bakt.*, IX, 21.) — Virus tétanique dans les eaux. Diffusion des spores du tétanos, par le moyen de l'air, par R. SCHWARZ. (*Arch. Ital. de biologie*, XV, p. 346 et *Arch. per le scienze mediche.*, XV, n° 8.) — De la paralysie faciale dans le tétanos hydropho-

bique, par KLEMM. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 3 et 4.) — Observation de tétanos céphalique, par ROBERTS. (*Lancet*, 11 juillet.) — Pathogénie et traitement du tétanos, par FROMAGET. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 avril.) — Un cas grave de tétanos traumatique guéri par les injections hypodermiques d'acide phénique (méthode de BACCELLI) et l'usage interne de l'acétanilide, par PIRRONI. (*Riforma medica*, 5 février.) — Un cas de tétanos traumatique grave, guéri par les injections hypodermiques d'acide phénique, par L. BERTINI. (*Ibid.*, 7 janvier.) — Tétanos aigu traumatique, guérison par de hautes doses de chloral, par MAYLARD. (*Brit. med. J.*, 27 juin.) —

Thérapeutique. — Formulaire de médecine pratique, par MONIN. (*In-16*, Paris.) — Les remèdes anciens et nouveaux ; erreurs et préjugés, l'amélioration des méthodes thérapeutiques, par GAIRDNER. (*Brit. med. J.*, 2 mai.) — Action physiologique et thérapeutique des sels de cantharidine, par LIEBREICH. (*Rev. scientif.*, 4 juillet.) — (Théorie de l'action des antipyrétiques, par PODANOWSKY et POPOFF. (*Wien. med. Presse*, n° 52, 1890.) — Les effets de la diurétine dans l'hydropisie, par BABCOCK. (*N. York. med. Journ.*, 11 juillet.) — Étude physiologique et thérapeutique de l'hydrastis canadensis, par CERNA. (*Therap. Gaz.*, 15 mai.) — Usage et abus de l'hyoscine, par WEATHERLY. (*Journ. of ment. sc.*, juillet.) — Des doses de cocaïne qui peuvent être administrées par l'estomac, grâce à l'action antitoxique du foie, par EON DU VAL. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Action analgésique et antirhumatismale de l'euphorine, par ADLER. (*Wiener med. Woch.*, 25 avril.) — Solutions hypodermiques de lactate de quinine, par VIGIER. (*Soc. de Thér.*, 10 juin.) — Cactina, nouveau stimulant cardiaque, étude physiologique et thérapeutique, par MYERS. (*N. York. med. Journ.*, 13 juin.) — Les vicissitudes de l'opium, par WILKS. (*Brit. med. Journ.*, 6 juin.) — De l'emploi sous-cutané de l'ergotine, par AUFRECHT. (*Therap. Monats.*, mai.) — Des injections sous-cutanées d'ergotine, par BIEDERT. (*Ibid.*, juillet.) — Sur l'ozone considéré au point de vue physiologique et thérapeutique, par LABBÉ et OUDIN. (*Acad. des sc.*, 20 juillet.) — De l'action de la respiration de l'oxygène sur l'organisme, par HONIGSMANN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIX, 3.) — Fiel de bœuf, son importance comme agent thérapeutique, par PORTER. (*Med. News*, 2 mai.) — De la valeur thérapeutique de l'exalgine, par CANNAL. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 25 avril.) — Du pouvoir antiseptique des dérivés de l'aniline et de leur valeur thérapeutique, par PRIoux. (*Thèse de Paris*, 2 juillet.) — Recherches expérimentales et cliniques sur le bleu de méthylène, par COMBEMALE. (*Bull. de thér.*, 30 avril.) — De l'emploi de l'ergotole, par KLOMAN. (*N. York. med. Journ.*, 6 juin.) — Expériences thérapeutiques sur l'aristol, par ROSENTHAL. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 mars.) — Sur l'élimination du fer, par LÉPINE. (*Semaine méd.*, 24 juin.) — Des phosphates de chaux au point de vue thérapeutique, par VILLÉ. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 25 juillet.) — L'arsenic comme médicament, par HUTCHINSON. (*Brit. med. Journ.*, 6 juin.) — Action du tartre stibié, son emploi dans la pneumonie et le méningotyphus, par MIRCOLI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 1.) — La place du mercure en thérapeutique, par HURD. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.)

Thorax. — Un cas de chylothorax, par NEUENKIRCHEN. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 51, 1890.) — Cancer primitif du médiastin, par BESANÇON. (*Soc. anat. Paris*, 24 avril.)

Thrombose. — Thrombose de la veine basilique, par MARTIN-DURR. (*Soc. anat. Paris*, 17 avril.) — Quelques remarques sur l'existence des thromboses intravitales prouvées par la méthode de la coloration intra vitam, par O. SILBERMANN. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XXII, 3.)

Thyroïde. — Contribution à la connaissance de l'histogénèse de la glande thyroïde, par A. LUSTIG. (*Arch. ital. de biol.*, XV, p. 291, et *Lo Sperimentale*, XLV, fasc. 1.) — Sur les effets physiologiques du suc de diverses glandes et en particulier du suc extrait de la glande thyroïde, par GLEY. (*Soc. de biol.*, 18 avril.) — L'innervation de la glande thyroïde, par LINDEMANN. (*Cent. f. allg. Path.*, II, 8.) — Sur la toxicité des urines des chiens thyroïdectomisés : étude des fonctions du corps thyroïde, par GLEY. (*Soc. de biol.*, 16 mai.) — Sur les conséquences de l'ablation du corps thyroïde, par ARTHAUD et MAGON. (*Ibid.* 4 juillet.) — Expériences sur la thyroïdectomie double, par QUINQUAUD. (*Ibid.*) — Sur les effets de l'extirpation du corps thyroïde, par GLEY. (*Ibid.*) — Nouvelle note sur les causes de la mort après la thyroïdectomie, par ARTHAUD et MAGON. (*Ibid.*, 18 juillet.) — *Idem*, par GLEY. (*Ibid.*) — Des troubles nerveux consécutifs aux lésions du corps thyroïde, par JOFFROY. (*Gaz. des hôp.*, 14 mai.) — Nouveaux faits pouvant servir à la détermination du rôle des corps thyroïdes, par LAULANIÉ. (*Soc. de biol.*, 9 mai.) — Leçons sur le goître, par BERRY. (*Brit. med. J.*, 13 juin.) — Du goître suffocant, par POTAIN. (*Bull. méd.*, 24 juin et *Gaz. des hôp.*, 21 juillet.) — Des thyroïdites infectieuses, par RASCOL. (*Thèse de Paris*, 17 juin.) — Thyroïdite à pneumocoques, par MARCHANT. (*Arch. de laryng.*, IV, 3.) — Deux cas de strumite d'origine hémotogène, leur étiologie et leur traitement, par KUMMER et TAVEL. (*Rev. de Chir.*, juin.) — De la thyroïdite aiguë suppurée post typhum, par COLZI. (*Sperimentale, mem. orig.*, XLV, 2.) — Traitement du goître mou par les injections d'iodoforme, par L. FREY. (*Wien. med. Presse*, n° 41, 1890.) — Goître kystique, traité par la thyroïdectomie, par MONTAZ. (*Dauphiné Méd.*, mars.) — Traitement du goître, par l'excision partielle, 4 cas, par STEVENSON. (*Lancet*, 20 juin.) — Goître malin chez une femme de 70 ans, aplatisant la trachée; énucléation d'un noyau ovoïde gros comme un œuf d'oie; abandon des ganglions adhérents aux tissus voisins, par LANGENBUCH. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 janvier.) — Thyroïdectomie pour thyroïdite aiguë consécutive à la fièvre typhoïde, par KUMMER. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, 61.) — 3 cas de thyroïdectomie pour goîtres, par BRAUN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 356, 6 avril.) — Épithélioma du corps thyroïde, par PILLIET. (*Soc. anat. Paris*, 1^{er} mai.) — Épithélioma kystique du corps thyroïde, par PILLIET. (*Ibid.*, 19 juin.) — Des rapports du goître simple avec la maladie de Basedow, des faux goîtres exophtalmiques, par BRUHL. (*Gaz. des hôp.*, 25 juin.) — Sur l'étendue du champ visuel dans la maladie de Basedow, par SOUQUES. (*Soc. de biol.*, 16 mai.) — Des rapports du goître exophtalmique avec l'aliénation mentale, par JACQUIN. (*Thèse de Montpellier.*) — Maladie de Graves compliquée d'hémiplégie et de chorée unilatérale, par BRADSHAW. (*Brit. med. J.*, 27 juin.) — De la maladie de Basedow développée sur un goître ancien, par LASVÈNES. (*Thèse de Paris*, 21 mai.) — Le traitement électrique du goître exophtalmique, sa technique opératoire, par PLICQUE. (*Gaz. des hôp.*, 5 mai.)

Torticolis. — Pathologie et traitement du torticolis musculaire, par LORENZ. (*Wiener. klin. Woch.*, 23 avril.) — Torticolis congénital et remarques sur l'hémiatrophie faciale, par GOLDING-BIRD. (*Guy. d'hosp. Rep.*, XLVII, p. 253.) — Un cas de torticolis, par BILLROTH. (*Soc. des méd. de Vienne*, 30 janvier.) — Traitement du torticolis spasmodique par la résection du nerf spinal, par PETIT. (*Rev. d'Orthop.*, 1^{er} juillet.) — Torticolis musculaire datant de 20 ans, ténotomie à ciel ouvert, par SCHWARTZ. (*Ibid.*) — Pathologie et traitement du torticolis musculaire, par LORENZ. (*Soc. des méd. de Vienne*, 20 février.) — Ténotomie à ciel ouvert dans le torticolis, par PHOCAS. (*Congr. franç. Chir.*; *Bull. méd.*, 12 avril.)

Trachée. — Symptomatologie d'un abcès de la paroi postérieure de la trachée, trachéotomie, autopsie, par JACOBS. (*Presse méd. belge*, 3 mai.) — Sur un cas d'inflammation ulcéreuse de la trachée et de la bronche gauche à la suite d'un anévrisme de l'arc aortique avec perforation de la trachée, par WILH. ZAHN. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XXIII, 2.) — Syphilis trachéale, 2 cas, par WRIGHT. (*N. York med. Journ.*, 13 juin.) — Trachéocèle médiane, par BARACZ. (*Gazeta lekarska*, 8.) — Indication de la trachéotomie, par BIEDERT. (*Deut. med. Zeit.*, 19 janvier.)

Transfusion. — La transfusion du sang en gynécologie, par VERRIER. (*Assoc. franç. Congrès de Limoges*, p. 632.)

Tremblement. — De certaines formes de tremblement, par UPSON. (*Med. News*, 18 avril.)

Trépanation. — Trépanation 6 ans après un traumatisme du crâne, par BRAUN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 357, 6 avril.) — De la réimplantation des os dans la trépanation, un cas pour épilepsie traumatique, par WEIR. (*N. York med Journ.*, 16 mai.) — Trépanation pour aphasie traumatique, guérison par MC BURNEY. (*N. York surg. Soc.*, 11 mars.) — Perte de substance due à la trépanation du pariétal comblée par une plaque de cellulose, par HINTERSTOISSER. (*Soc. des méd. de Vienne*, 17 octobre 1890.) — Trépanation, par FÉVRIER. (*Bullet. Soc. de Chirurgie*, XVII, p. 226.)

Tuberculose. — De la phtisie commençante, étude sur la prophylaxie, par GABRYLOWICZ. (*Wiener med. Woch.*, 4 juillet.) — Prophylaxie de la tuberculose en Prusse. (*Viertelj. f. ger. Med.*, I, p. 199.) — Du danger de la tuberculose pulmonaire dans les écoles et chez les nourrices, par DESHAYES. (*Normandie méd.*, 15 avril.) — Sur un mode possible de transmission de la tuberculose chez les animaux (buvant de l'eau ayant servi au lavage du linge), par GUINARD. (*Lyon méd.*, 17 mai.) — Sur le diagnostic de la tuberculose bovine par l'examen et l'inoculation de l'humeur aqueuse, par LECLAINCHE et GREFFIER. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — De la disposition à l'infection tuberculeuse, par BIRCH-HIRSCHFELD. (*Wiener med. Blätter*, 23 avril.) — État actuel de la prophylaxie de la phtisie, par ROEMPLER. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 316, 23 mars.) — Chimie et toxicologie du bacille de Koch, par TH. WEYL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 7.) — Recherche des bacilles de la tuberculose dans les sécrétions des tuberculeux, par B. MEYER. (*Centralbl. für klin. Med.*, 6.) — Bacille de la tuberculose et agent de la suppuration, par CORNIL. (*Congrès de la tuberculose. Gaz. des hôp.*, 1^{er} août.) — Sur la tuberculose du premier âge, par LANDOUZY. (*Ibid.*, 1^{er} août.) — De l'hospitalisation des tuberculeux, par LEROUX, ARMAINGAULT, etc. (*Ibid.*, 4 août.) — Des agents capables de détruire le bacille de Koch, non nuisibles pour l'organisme, au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique de la tuberculose humaine et animale, par SANDRAS, LANDOUZY, etc. (*Ibid.*, 6 août.) — Emploi de la médication tannique dans le traitement de la tuberculose, par ARTHAUD. (*Ibid.*, 6 août.) — Traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées de gaïacol, par DIAMANTBERGER. (*Ibid.*, 6 août.) — Application du chloroforme aux maladies épidémiques et contagieuses, et en particulier à la tuberculose, par DESPREZ. (*Ibid.*, 6 août.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations de vapeurs antiseptiques, par SANDRAS. (*Ibid.*, 6 août.) — Péritonite tuberculeuse traitée par la laparotomie et guérie par les injections de sérum de chien, par PINARD et KIRMISSON. (*Ibid.*, 1^{er} août.) — De l'émigration ou changement de milieu dans la prophylaxie et le traitement de la tuberculose, par VERNEUIL. (*Ibid.*, 29 juillet.) — Traitement des tuberculeux par

l'aération continue, par DUBRANDY. (*Ibid.*, 12 août.) — Acclimatement des phtisiques au froid, par SABOURIN. (*Ibid.*, 12 août.) — La coloration des bacilles de la tuberculose de Gabbet ; modification légère de ma méthode, par B. FRÄNKEL. (*D. med. Woch.*, 9 avril.) — Procédé de coloration pour les préparations tuberculeuses, par ISRAËL. (*Berl. klin. Woch.*, 5 janvier.) — De la toxicité des substances solubles des cultures tuberculeuses, par HÉRICOURT et RICHEL. (*Soc. de biol.*, 13 juin.) — Passage du bacille de la tuberculose du sang maternel au fœtus, par SCHMORL et BIRCH-HIRSCHFELD. (*Beit. zur path. Anat.*, p. 429, et *Rev. de méd.*, mai.) — De la tuberculose osseuse chez les poules, par COURMONT et DOR. (*Soc. de biol.*, 4 juillet.) — Persistance de la virulence du bacille de Koch dans un tubercule crétacé, par P. HAUSHALTER. (*Rev. méd. de l'Est*, 5.) — Diagnostic précoce et principaux modes de début de la tuberculose pulmonaire, par HUCHARD. (*Revue gén. de clinique*, n° 11, p. 161.) — Phtisie pulmonaire et bacille tuberculeux, par LEUDET. (*Union médicale*, 27 janvier.) — De la fièvre bacillaire prétuberculeuse à forme typhoïde, typhobacillose, par LANDOUZY. (*Semaine méd.*, 3 juin.) — De l'abaissement de la tension artérielle dans la phtisie pulmonaire, par MARFAN. (*Soc. de biol.*, 16 mai.) — Empyème et tuberculose, par MOUISSET. (*Province méd.*, 30 mai.) — Sur le diagnostic hâtif de la tuberculose par l'examen des milieux de l'œil, par MANDEREAU. (*Soc. de biol.*, 9 mai.) — Ulcération tuberculeuse de la peau et des ganglions, par LAPLACE. (*Med. News*, 11 juillet.) — De la tuberculose verruqueuse de la peau, par ANGRIBAUD. (*Thèse de Paris*, 15 juillet.) — La tuberculose des os et des jointures, par F. KRAUSE. (*Leipzig*.) — De la tuberculose des organes génitaux féminins, par ANGELINI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 2.) — Ordonnance de police berlinoise fixant les mesures sanitaires à prendre dans les maisons de santé pour phtisiques. (*Hygienische Rundschau*, I, 320, 15 avril.) — De la création de maisons de santé pour les phtisiques en Danemark, par V. BUDDE. (*Ugeskrift for Læge*, 1890, et *Hygienische Rundschau*, I, p. 66.) — Les traitements de la tuberculose d'après l'état actuel de la science, par GORGON. (In-18, 235 p., Paris.) — Traitement de la tuberculose, par ARTHAUD. (*Ann. polyclin. Paris*, mai.) — Traitement symptomatique de la tuberculose, par HUCHARD. (*Revue gén. de clinique*, n° 5, p. 66.) — De la curabilité de la phtisie pulmonaire, par HARRIS. (*Lancet*, 2 mai.) — Méthode de transformation prompte des produits tuberculeux des articulations et de certaines autres parties du corps humain, par LANDELONGUE. (*Acad. des sc.*, 6 juillet.) — Le traitement spécifique et non spécifique de la tuberculose, par MAYS. (*Boston med. J.*, 4 juin.) — Injections sous-cutanées de sérum de chien chez les tuberculeux, par L. H. PETIT. (*Union médicale*, 31 janvier.) — Nouvelles expériences sur les effets des injections de sérum dans la tuberculose, par HÉRICOURT et RICHEL. (*Soc. de biol.*, 16 mai.) — Des injections sous-cutanées de sérum de chien dans la tuberculose pulmonaire, par SEMMOLA. (*Accad. di med. di Napoli*, 31 mai.) — De l'injection de sang de chèvre comme traitement de la tuberculose, conférence, par BERTIN. (*Broch. Nantes*.) — Note sur les injections hypodermiques à haute dose d'huile simple ou médicamenteuse dans le traitement de quelques affections tuberculeuses ou autres, et particulièrement à propos des accidents qui peuvent être observés au cours de ces injections, par BESNIER. (*Ann. de dermat.*, II, 6.) — Valeur de l'injection sous-cutanée d'or et de manganèse dans le traitement de la tuberculose, par BLAKE WHITE. (*N. York med. Record*, 21 mars.) — De l'ozone et de son emploi dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par LE STUN. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Note sur l'emploi de la lymphe humaine en thérapeutique, par MAGNANT. (*Bull. de therap.*, 15 mai.) — Traitement des tuberculoses ganglionnaires par les injections d'huile créosotée

à hautes doses, par BURLUREAUX. (*Soc. de dermat.*, 2 avril.) — Traitement des tuberculoses ganglionnaires par les injections d'huile créosotée à hautes doses, par BURLUREAUX. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 18 avril.) — Sur l'antisepsie de la phtisie pulmonaire par l'injection lente d'huile créosotée au 15^e, par GIMBERT. (*Ibid.*, 25 juillet.) — Injections sous-cutanées de camphre chez les tuberculeux et dans les affections des voies respiratoires, par ALEXANDER. (*Deut. med. Zeit.*, 31.) — Des injections hypodermiques de gajacol iodoformé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par DEMAHIS. (*Thèse de Paris*, 25 juin.) — Recherches sur les modifications de la nutrition chez les phtisiques sous la dépendance de l'administration du gajacol, par F. DRONKE. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 janvier.) — Sept cas de tuberculose traités avec la parataloïde, par JONES et JEFFRIES. (*Boston med. Journ.*, 7 mai.) — Le tellurate de soude contre les sueurs des phtisiques, par NÉGEL. (*Bull. soc. méd. Jassy*, V, 2.) — Valeur des inhalations de gaz chloré et emploi de l'iodure et du chlorure d'or dans la phtisie pulmonaire, 27 cas, par GIBBES. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — Du traitement des tuberculoses ganglionnaires par l'emploi du naphthol camphré, par DAVID. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Traitement de la phtisie par l'air chaud, par MAGNANT. (*Bull. Acad. méd.*, 12 mai.) — Manifestations tuberculeuses des voies aériennes supérieures, leur traitement particulier, par ROE. (*Therap. Gaz.*, 15 juin.) — Traitement chirurgical des cavernes pulmonaires, par CASELLI. (*Gazz. degli ospitali*, 15 février.) — Du traitement par la cantharidine, par MUELLER. (*Therap. Monats.*, mai.) — Recherches sur l'inoculation de la lymphe de Koch aux animaux, par SCHMITT. (*Revue méd. de l'Est*, n° 6.) — Note au sujet de l'action de la lymphe de Koch sur l'expectoration des phtisiques et sur les bacilles de la tuberculose, par HAUSHALTER et PRAUTOIS. (*Ibid.*, n° 6.) — De la valeur thérapeutique de la lymphe de Koch, par SIMON. (*Ibid.*, n° 6.) — Le traitement de Koch à Minneapolis, par BEARD et STEWART. (*Northwestern lancet*, 4.) — Influence des processus aigus et des maladies générales fébriles sur les dermatoses et les affections chroniques. Analogie du mode d'action de la lymphe, par BOULENGIER et DE RECHTER. (*Presse méd. belge*, 9.) — La lymphe de Koch dans le traitement de la tuberculose laryngée, par CHARAZAC. (*Rev. de laryng.*, 15 mars.) — La méthode de Koch dans les tuberculoses locales, par DECOUD. (*Buenos-Ayres*.) — De l'action phlogogène de la lymphe de Koch, par ROQUES. (*Thèse de Paris*, 24 avril.) — Valeur de la tuberculine dans la tuberculose chirurgicale, discussion. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 7 mai.) — Recherches expérimentales sur la tuberculose, la tuberculose humaine, sa distinction de la tuberculose des oiseaux, par STRAUS et GAMALEIA. (*Arch. de méd. expér.*, III, 4.) — Le kochisme dans les affections génito-urinaires, par KELLY. (*N. York med. Journ.*, 16 mai.) — Peptonurie consécutive au traitement par la lymphe de Koch, par L. DEVOTO. (*Riforma medica*, 2 janvier.) — Modifications des bacilles de la tuberculose pendant le traitement par la lymphe de Koch, par N. PAPE. (*Ibid.*, 31 janvier.) — Quelques résultats du traitement de la tuberculose par la lymphe, par CHITTENDEN et FOSTER. (*Americ. J. of med. sc.*, juillet.) — L'action de la tuberculine, par KRASKE. (*Beit. zur klin. Chir.*, VII.) — Sur la méthode de traitement de Koch, par BRISTOWE. (*Brit. med. J.*, 25 avril.) — Histologie des tissus tuberculeux après le traitement par la tuberculine, par M'WEENCY. (*Roy. Acad. of med. Ireland*, 3 avril.) — Le remède de Koch dans le lupus et la tuberculose pulmonaire, par HERON. (*London med. soc.*, 20 avril, et *Lancet*, 25 avril.) — La méthode de Koch, 25 cas, par VON RUCK. (*Therap. Gaz.*, 15 juin.) — Quatre cas de phtisie au début traités par la tuberculine, par MARAGLIANO. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 2.) — En arrière la lymphe de Koch, par SENN. (*Med. News*, 6 juin.) — Le traitement de la phtisie par le procédé

de Koch, par WILLIAMS. (*Lancet*, 27 juin.) — Emploi des injections de Koch, par AUFRECHT. (*Therap. Monast.*, mai.) — Les résultats du traitement par la tuberculine à la station de Gardone-Riviera, par KÖNIGER. (*Ibid.*, juin.) — Inoculations avec la tuberculine de Koch, par JACOBI. (*N. York med. Record.*, février-mars.) — Un cas de tuberculose généralisée traité par la tuberculine, autopsie, par LOOMIS. (*Ibid.*, 7 mars.) — Autopsie d'un tuberculeux ayant subi l'injection de Koch, par BONDET. (*Lyon méd.*, 19 avril.) — Des effets de la lymphé de Koch, par BONDET. (*Ibid.*, 26 avril.) — Traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par G. ARGENTO. (*Sicilia medica*, n° 1, p. 31.) — De l'emploi clinique de la tuberculine, par ERNST. (*Boston med. J.*, 2 juillet.) — Observation montrant l'effet de la tuberculine et du cantharidate de potasse dans le lupus et la tuberculose, par LENNOX BROWNE. (*Journ. of laryngol.*, mai.) — Expériences avec la tuberculine à l'hôpital du Bon Samaritain, par KRAMER. (*Journ. americ. med. assoc.*, 30 mai.) — Sur le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par DE RENZI. (*Rivista clinica e terap.*, n° 3, p. 113.) — Des causes probables d'insuccès de la lymphé de Koch, par ABADIE. (*Union médicale*, 18 avril.) — Valeur de la tuberculine dans le traitement de la tuberculose chirurgicale, par CHEYNE. (*Brit. med. J.*, 2 mai.) — Revue critique sur le traitement de Koch contre la tuberculose, remarques particulières sur la tuberculose cutanée, par LEDERMANN. (*Arch. f. Dermat.*, XXIII, 3.) — De la lymphé de Koch, par MURRI et GROCCO. (*Riv. ital. di clin. med.*, III, 6 et 7.) — *Idem*, par MODIANO. (*Ibid.*) — Traitement de Koch à l'hôpital royal pour la phtisie, par COGHILL. (*Lancet*, 16 mai.) — De la tuberculine dans les maladies du poumon, par F. WOLFF. (*Deutsche med. Woch.*, 19 mars.) — Remarques pratiques sur la lymphé de Koch, par THORNER. (*Ibid.*, 19 mars.) — Du traitement de Koch dans la tuberculose, par NAUWERCK. (*Ibid.*, 26 mars.) — Le traitement de Koch, par LEYDEN. (*Ibid.*, 26 mars.) — Valeur thérapeutique et diagnostique du traitement de Koch, par SCHULTZE. (*Ibid.*, 26 mars.) — Des bacilles dans les crachats de 109 tuberculeux traités par la méthode de Koch, par IMMERWAHR. (*Ibid.*, 26 mars.) — Le traitement de Koch, par STRICKER. (*Ibid.*, 26 mars.) — Un cas de tuberculose laryngée grave guérie par la méthode de Koch, par RENVERS. (*Ibid.*, 2 avril, p. 512.) — Influence du remède de Koch sur les échanges organiques des tuberculeux, par KLEMPERER. (*Ibid.*, p. 545, 9 avril.) — De la polyurie à la suite des injections de tuberculine, par MARTINS. (*Ibid.*, p. 517, 2 avril.) — Résultats favorables de la méthode de Koch dans la phtisie au début, par ROSENFELD. (*Ibid.*, 2 avril, p. 513.) — Sur le remède de Koch dans la tuberculose, par ARENDT. (*Ibid.*, p. 544, 9 avril.) — Valeur diagnostique du remède de Koch, par RENVERS. (*Ibid.*, 30 avril, p. 633.) — Discussion sur le traitement de Koch au 10^e congrès de médecine interne. (*Ibid.*, nos 16 et 17.) — Observations sur la tuberculine de Koch, par HEUCK. (*Ibid.*, p. 746, 28 mai.) — Sur le remède de Koch employé en Égypte, par KARTULIS. (*Ibid.*, 16 avril, p. 577.) — Sur l'état psychique des malades traités par le remède de Koch, par B. HERZOG. (*Ibid.*, 16 avril, p. 580.) — Recherches sur le remède de Koch chez le singe, par GRAWITZ. (*Ibid.*, 7 mai.) — L'influence du remède de Koch sur la respiration, par OKA. (*Ibid.*, 19 mai.) — Sur la tuberculose miliaire locale dans la cure de Koch, par TANGL. (*Ibid.*, p. 660, 7 mai.) — Résultats du traitement de Koch, par MENCHE. (*Ibid.*, p. 664, 7 mai.) — Sur le traitement de Koch, par KUERMELL. (*Ibid.*, p. 691, 14 mai.) — Effets de la tuberculine sur les suppurations de l'oreille moyenne chez les phtisiques, par SCHWABACH. (*Ibid.*, p. 692, 14 mai.) — Sur le remède de Koch, par KLEINWAECHTER. (*D. med. Woch.*, p. 694, 20 mai.) — Succès du traitement de Koch dans trois cas de tuberculose des voies respiratoires supérieures, par MICHELSON. (*Ibid.*, p. 717,

21 mai.) — Résultats obtenus avec la tuberculine, par NEUMANN. (*Soc. de méd. de Vienne*, 13 mars.) — Deux cas douteux de tuberculose vérifiés par l'inoculation, par WASHBOURN et JACOBSON. (*Guy's hosp. rep.*, XLVII, p. 293.) — Traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par BARANOWSKI. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 16 mai.) — Le traitement de la phthisie chronique, par PATTEE. (*Journ. americ. med. ass.*, 6 juin.) — La tuberculine, sa valeur scientifique, par JACKSON. (*Ibid.*) — Tuberculeux traités par la méthode de Koch, par PILATTE. (*Marseille méd.*, n° 2.) — Des injections de tuberculine de Koch, par HINK. (*Wiener med. Blätter*, 4 juin.) — Le remède antiphtisique de Koch, par PETRESCU. (*Bull. soc. méd. Jassy*, V, 2.) — Circulaire du ministère prussien de l'intérieur concernant l'emploi du remède de Koch dans les prisons (28 janvier 1891.) (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, I, 383, avril.) — Circulaire du ministère prussien des affaires médicales (1^{er} mars 1891) concernant la vente de la tuberculine de Koch par les pharmaciens. (*Ibid.*, I, 401, avril.) — La nouvelle ordonnance de police berlinoise sur la désinfection dans la tuberculose, par SPINOLA. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 janvier.) — Du diagnostic de la tuberculose par le procédé de sédimentation pour la recherche des bacilles clairsemés et du traitement de Koch, par PH. BIEDERT. (*Ibid.*, 12 janvier.) — Résultats de l'autopsie de deux phthisiques traités par la lymphé de Koch, par JUERGENS, LEYDEN et GOLDSCHIEDER. (*Ibid.*, 2 février.) — Lésions histologiques consécutives au traitement antituberculeux de Koch, par DAVID HANSEMAN. (*Ibid.*, 2 février.) — Résultats (défavorables) des injections de Koch dans 9 cas d'arthrites tuberculeuses, par JULIUS WOLFF. (*Ibid.*, 16 février.) — Tuberculose conjonctivale et lupus de la face, injections de Koch, aggravation de l'état des yeux, récidence du lupus après guérison passagère, par SILEX. (*Ibid.*, 16 février.) — Résultats du traitement par les injections de Koch à l'hôpital Urban, de 83 tuberculeux, par A. FRAENKEL. (*Ibid.*, 16 février.) — De l'emploi des injections du liquide de Koch dans les affections oculaires scrofuleuses, par HERMANN COHN. (*Ibid.*, 16 février.) — Sur un cas de tuberculose traité par les injections de Koch à hautes doses sans réaction fébrile, par H. SENATOR, STRICKER, EHRLICH. (*Ibid.*, 16 février.) — Le traitement de la tuberculose interne par la méthode de Koch, par J. KAUFMANN. (Revue générale des travaux parus jusqu'à fin janvier.) (*Ibid.*, 9, 16 et 23 février.) — Affection gingivale tuberculeuse traitée par les injections de Koch, aggravation et développement consécutif de granulations sur les amygdales et l'épiglotte, par B. BAGINSKY. (*Ibid.*, 16 février.) — Pièces anatomiques provenant d'un tuberculeux traité par les injections de Koch, par VIRCHOW. (*Ibid.*, 23 février.) — Des effets de la lymphé de Koch dans la tuberculose pulmonaire, par VON KORCZYNSKI. (*Ibid.*, 23 février.) — Lésions constatées à l'autopsie d'un tuberculeux ayant succombé à la suite des injections de Koch, par VIRCHOW. (*Ibid.*, 2 mars.) — Tumeur tuberculeuse de l'uvée guérie par les injections de Koch, par LANDGRAF. (*Ibid.*, p. 285, 16 mars.) — De l'emploi du traitement de Koch dans la tuberculose pulmonaire, par PAUL GUTTMANN. (*Ibid.*, 23 mars.) — Lésions constatées à l'autopsie d'une malade traitée par la tuberculine, par OESTREICH. (*Ibid.*, 23 mars.) — Expérimentation clinique sur la valeur diagnostique de la lymphé de Koch, par E. LEYDEN. (*Ibid.*, 23 et 30 mars.) — Sur la présence de bacilles tuberculeux dans le sang des malades traités par les injections de Koch, par H. KOSSEL (il la nie contrairement à Liebmann). (*Ibid.*, p. 302, 23 mars.) — Arrêté du ministre prussien des affaires médicales (1^{er} mars 1891) réglementant la vente de la tuberculine de Koch. (*Ibid.*, 23 mars.) — La tuberculine en dermatologie, par A. BLASCHKO. (*Ibid.*, 2 mars.) — Effets du traitement de Koch, par MANNKOPF, KUESTER et RUMPF. (*Ibid.*, p. 356, 6 avril.) — Histoire clinique d'un tuberculeux mort

à Davos après le traitement de Koch et dont l'autopsie a été publiée par Virchow, par TURBAN. (*Ibid.*, p. 347, 6 avril.) — Le traitement de Koch contre la tuberculose à Zurich, par EICHHORST, KRÖNLEIN, HAAB, LUBARSCH, SEITZ, WITH, VON MURALT, MULLER, OSCAR WYSS. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 février.) — Les résultats obtenus par Bruns et Liebermeister dans le traitement de la tuberculose avec les injections de Koch, par GARRÉ. (*Ibid.*, n° 3, 1^{er} janvier.) — Le traitement de Koch contre la tuberculose, expérimenté dans les cliniques de Bâle, par IMMERMAN, SOCIN, FEHLING, et E. HAGENBACH-BURCKHARDT. (*Ibid.*, 1^{er} janvier.) — 7 observations de tuberculose génito-urinaire traitée par la tuberculine, par ÉMILE BURCKHARDT. (*Ibid.*, 15 mars.) — Sur les résultats du traitement antituberculeux de Koch à Berlin, par CH. RUEL. (*Rev. méd. Suisse romande*, XI, p. 62.) — Résultats des injections de lymphé de Koch chez 7 tuberculeux, par CORNAZ père. (*Ibid.*, 193, mars.)

Tumeur. — De la transparence de certaines tumeurs, par GABRIEL. (*Bull. Acad. méd.*, 19 mai. — Infection et formation des tumeurs, par SCHLEICH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 3.)

Tylosis. — Tylosis palmaire et plantaire, par CROCKER. (*Brit. J. of dermat.*, juin.)

Typhoïde. — Application des cultures sur plaques d'agar à l'analyse de l'eau et à la recherche du bacille typhique, par HAZEN et WHITE. (*Boston med. Journ.*, 23 avril.) — Sur l'action pyogénique du bacille typhique, par PEIN. (*Thèse de Paris*, 18 juin.) — Fièvre typhoïde expérimentale, par GILBERT et GIRODE. (*Soc. de biol.*, 2 mai.) — Sur une petite épidémie de fièvre typhoïde observée dans les quartiers inondés de Bruxelles, par DESTREE. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 15 mai.) — Épidémie de fièvre typhoïde à Bex par contamination des eaux potables. Discussion de la Société vaudoise de médecine. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, p. 57.) — Deux épidémies de fièvre typhoïde (août-octobre 1890, Trouville et Villerville), par P. BROUARDEL et L. THONOT. (*Annales d'hyg. publ.*, XXV, 231, mars.) — Historique de la fièvre typhoïde dans les départements de l'Est, par POINCARÉ. (*Revue méd. de l'Est*, n° 7.) — Histoire de la fièvre typhoïde au 4^e régiment d'infanterie de marine, par CASANOVA. (*Thèse de Montpellier*.) — Sur la fièvre typhoïde dans la garnison de Nîmes, 1884-89, par ESPIAN. (*Thèse de Montpellier*.) — Une épidémie de fièvre typhoïde à Fauves, par BERTRAND. (*Thèse de Paris*, 8 juillet.) — Épidémie de fièvre typhoïde à Lowell, examen de l'eau, par SEDGWICK. (*Boston med. Journ.*, 23 avril.) — Les formes de la fièvre typhoïde, par CHANTEMESSE. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 20 juin.) — L'eau et le sol dans la genèse de la fièvre typhoïde, par CHANTEMESSE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 février.) — Fièvre typhoïde se produisant depuis neuf ans dans une ferme. Présence du bacille d'Eberth dans le puits d'alimentation, dont le niveau d'eau est très variable, par DIONIS DES CARRIÈRES. (*Ibid.*, 30 janvier.) — Étiologie de la fièvre typhoïde, par COUSTAN et DEBRULLE. (*Montpellier méd.*, 1^{er} juillet.) — Nouvelles recherches sur l'étiologie de la fièvre typhoïde dans les hameaux et les habitations isolées, par LARDIER. (*Bull. méd. Vosges*, avril.) — Application des indications bactériologiques à l'extinction d'une épidémie locale de fièvre typhoïde, par OLIVIER. (*Assoc. franç. Cong. de Limoges*, p. 752.) — Étiologie et traitement de la fièvre typhoïde, par WAGNER. (*Journ. americ. med. assoc.*, 4 avril.) — Lésions provoquées par la fièvre typhoïde, par CLARK. (*Ibid.*) — Le diagnostic de la fièvre typhoïde et les ponctions de la rate, par CATRIN. (*Mercure méd.*, 6 mai.) — Valeur diagnostique de la ponction de la rate dans la fièvre typhoïde, par REDTENBACHER. (*Zeit. f.*

klin. Med., XIX, 4.) — Altération du sang dans la fièvre typhoïde, par CASTELLINO. (*Gaz. d. Ospit.*, 20.) — Des complications survenues dans 2,000 cas de fièvre typhoïde mortelle, par HOELSCHER. (*Münch. med. Wochens.*, 20 janvier.) — Les suppurations dans la fièvre typhoïde, par NETTER. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 mars.) — Au sujet des suppurations et des altérations musculaires consécutives à la fièvre typhoïde, par LAVERAN. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 février.) — Périostite déterminée par le bacille d'Eberth, par MOUISSET. (*Lyon méd.*, 5 juillet.) — Ostéopériostite consécutive à la fièvre typhoïde; conservation des bacilles vivants dans les foyers inflammatoires, par PÉAN et CORNIL. (*Bull. Acad. méd.*, 14 avril.) — Sur les déterminations cardiaques de la fièvre typhoïde, par GALLIARD. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Complications rares de la fièvre typhoïde, par HARE et PATEK. (*Med. News*, 20 juin.) — Les perforations intestinales dans la fièvre typhoïde, par POTAIN. (*Gaz. des hôp.*, 9 juin.) — Fièvre typhoïde, thrombose de l'artère fémorale, attaques de manie aiguë, guérison, par PHILLIPS. (*London clin. soc.*, 22 mai.) — Stries et macules atrophiques après la fièvre typhoïde, par OHMANN-DUMESNIL. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, XII, 12.) — Érythème polymorphe chez un convalescent de fièvre typhoïde, par PETER. (*Semaine méd.*, 15 juillet.) — Du pouls lent permanent dans la fièvre typhoïde, par CARRIEU. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, 11 juillet.) — Arsenic au début de la fièvre typhoïde, par KIRKPATRICK. (*Dublin J. of med. sc.*, mai.) — La naphtaline dans la fièvre typhoïde, par WOLFF. (*Med. News*, 23 mai.) — Nouveau traitement de la fièvre typhoïde, par TORDEUS. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 5 juin.)

U

Ulcère. — Deux cas de mal perforant, par DÉJERINE. (*Gaz. des hôp.*, 16 juin.) — Le mal perforant, par CHIPAULT. (*Gaz. des hôp.*, 18 juillet.) — Diagnostic des cicatrices du bouton de Gafsa. (*Soc. franç. de dermat.*, 11 juin.)

Urètre. — Sur les micro-organismes de l'urètre normal, par PETIT et WASSERMANN. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — De l'identité de l'urétrite soi-disant spécifique et non spécifique, par REYNOLDS. (*Med. News*, 18 avril.) — Les démonstrations oculaires et palpables des lésions urétrales par de nouveaux instruments, par BROWN. (*Journ. of cutan. dis.*, juillet.) — Rôle de l'endoscopie à lumière externe dans les maladies de l'urètre et de la vessie, ses indications, par JANET. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juillet.) — Sur l'antisepsie de l'urètre, par PETIT et WASSERMANN. (*Ibid.*) — L'urétrite chronique est-elle contagieuse, par BAZY. (*Bull. méd.*, 31 mai.) — Traitement de l'urétrite aiguë, par ALLEN. (*Boston med. Journ.*, 28 mai.) — Traitement de l'urétrite postérieure avec l'irrigateur, sans cathéter, par RONA. (*Orvosi hetilap*, 6.) — Du cathétérisme chez l'homme, par LAVAUX. (*Rev. gén. de clinique*, n° 10 et 11, p. 151 et 168.) — Remarques sur 500 cas de rétrécissement de l'urètre, par DESNOS. (*Union médicale*, 24 janvier.) — Rétrécissement traumatique de la portion pénienne de l'urètre, infiltration d'urine, par LAFOURCADE. (*Soc. anat. Paris*, 22 mai.) — Fréquence composée des rétrécissements de l'urètre dans la race blanche et la race noire, par MC INTOSH. (*N. York med. Journ.*, 16 mai.) — Rupture sous-cutanée de l'urètre par traumatisme périnéal; urétrotomie externe; guérison, par V. LORETA. (*Riforma medica*, 15 janvier.) — De l'électrolyse dans le trai-

tement des rétrécissements de l'urètre, par KREFTING. (*Norsk. mag. Lægevid.*, 2.) — Du traitement par l'électrolyse des rétrécissements de l'urètre, par SUMEGH. (*Cent. f. Therap.*, juillet.) — Fistule urétrale consécutive à la ligature de la verge, par LOUMEAU. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 mai.) — Polypes de l'urètre chez l'homme, par GOLDENBERG. (*N. York med. Journ.*, 9 mai.) — Des indications et des soins post opératoires de l'urétrotomie externe, par VIEU. (*Thèse de Montpellier*.) — Du cancer de l'urètre chez la femme, par REICHEL. (*Sitz. phys. med. Würzburg*, 3.)

Urine. — Du mécanisme de la sécrétion urinaire, par VAN DER STRICHT. (*Acad. des Sc.*, 27 avril.) — Recherches sur la toxicité de l'urine chez les malades soumis aux injections de Koch, par CANTIERI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXX, 1.) — De la toxicité urinaire chez la femme enceinte, par BLANC. (*Ann. de gynéc.*, juillet.) — Sarcines dans l'urine, par MIDDLETON. (*Brit. med. Journ.*, 4 juillet.) — Sarcines dans l'urine pendant quinze ans sans accident, par FINLAYSON. (*Brit. med. Journ.*, 27 juin.) — Des matières extractives non dialysables des urines, par M^{me} ÉLIACHEFF. (*Soc. de biol.*, 22 mai.) — Des ferments dans l'urine, par GRUETZNER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 1.) — Modifications à la méthode de dosage du sucre dans l'urine, par GANS. (*Therap. Monats.*, mai.) — Saccharimétrie clinique. Nouveau procédé de dosage du sucre urinaire, par QUINTARD. (*Bull. Soc. de méd. Angers*, p. 6, 2^e semestre 1890.) — Valeur pratique de la réaction de Trommer, par JASTROWITZ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 7.) — Dosage de l'acide urique dans l'urine, par HAYCRAFT. (*Brit. med. J.*, 4 juillet.) — Dosage clinique de l'acide phosphorique dans les urines, par BOR. (*Gaz. méd. Picardie*, mai.) — Présence de l'hématoporphyrine dans l'urine, par SALKOWSKI. (*Cent. f. d. med. Wiss.*, 8.) — Présence de l'uréthane dans les urines des maladies de Bright, par RADEMAKER. (*Americ. practitioner*, 9 mai.) — Sur la production artificielle d'urates sous forme de sphérolithes, par W. EBSTEIN et ARTH. NICOLAÏER. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXIII, 3.) — Quelques points de l'urologie des tuberculeux traités suivant la méthode de Koch, par COMBEMALE et LAMY. (*Soc. de biol.*, 11 avril.) — De l'urobilinurie, par TISSIER. (*Gaz. des hôp.*, 11 juillet.) — Signification clinique de l'urobilinurie, par KATZ. (*Wiener med. Woch.*, 11 juillet.) — Urine grasseuse dans un cas d'abcès de la fosse iliaque, par CONNELLY. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 6 juin.) — Sur un cas de polyurie, par POTAIN. (*Union médicale*, 7 février.) — Action de l'urée sur les parois vasculaires des divers viscères, par CAVAZZANI et REBUSTELLO. (*Riforma medica*, 16 janvier.)

Urticaire. — Sur l'histologie de l'urticaire pigmentée, par QUINQUAUD et NICOLLE. (*Ann. de dermat.*, II, 5.) — Urticaire chronique, avec éruption de papules prurigineuses suivie de pigmentation annulaire, par BEATTY. (*Brit. J. of dermat.*, mai.)

Utérus. — Sur l'anatomie de l'utérus en gestation, par G. ROMITI. (*Axt. ital. de biol.*, XV, p. 254 et *Monit. zoolog. ital.*, II, n° 2.) — Utérus et vagin doubles, par GUHMAN. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 27 juin.) — Abscès de la cloison vésico-vaginale ; absence de vagin et d'utérus ; dilatation de l'urètre, par MALHERBE. (*Tribune méd.*, 30 avril.) — Malformation utéro-vaginale, par DELAGENIÈRE. (5^e Cong. franc. Chir. Bull. méd., 3 mai.) — Malformation utérine, par PINARD. (*Union médicale*, 27 janvier.) — De l'hydropisie déciduale, par BONNAIRE. (*Semaine méd.*, 22 avril.) — De la rigidité syphilitique du col comme cause de dystocie, par BLANC. (*Arch. de tocol.*, avril.) — Hémorragie accidentelle intra-utérine puerpérale, par BAKER. (*Americ. J. of obst.*, juin.) — Tamponnement de l'utérus dans l'hémorragie passive post partum, par J. MOSES. (*Deutsche med. Woch.*,

n° 52, 1890.) — Bactériologie de la cavité utérine dans les endométrites, par BRANDT. (*Cent. f. Gynæk.*, 20 juin.) — L'anatomie pathologique de l'endomètre, par SCHMAL. (*Arch. de tocol.*, mai.) — De l'endométrite cervicale et de son traitement, par ANTIPOS. (*Thèse de Montpellier.*) — Endométrite chronique, par CAIN. (*Med. News*, 11 juillet.) — De l'endométrite dans les affections générales aiguës infectieuses, par MASSIN. (*Arch. f. Gynæk.*, XL. 1.) — Complications nerveuses des maladies utérines, par PLAYFAIR. (*Lancet*, 25 avril.) — Recherches sur la paramétrite, sa signification pathologique, par HARRISON. (*Americ. Journ. of obst.*, avril.) — Tuberculose du cæcum et de l'utérus, par NOVÉ-JOSSERAND. (*Lyon méd.*, 28 juin.) — Endométrite primitive tuberculeuse, par Lwow. (*Vratch*, 18.) — Tuberculose de l'utérus, par WHEATON. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXIII, p. 29.) — Appendices utérins avec dépôts tuberculeux, par DUNCAN. (*Trans. obst. Soc.*, XXXIII, p. 306.) — Jusqu'à quel degré peut-on prévenir les maladies utérines, par GOFFE. (*Americ. J. of obst.* juin.) — Petite chirurgie utérine, par BALDY. (*Med. News*, 16 mai.) — Nouveau cathéter utérin, par WEBER. (*Cent. f. Gynæk.*, 4 juillet.) — De la dilatation de l'utérus par le procédé L. Landau, par VULLET. (*Berlin klin. Wochens.*, p. 242, 6 avril.) — Des procédés actuels de dilatation artificielle de l'utérus et leurs applications respectives en gynécologie, par CAILLENS. (*Thèse de Montpellier.*) — Traitement local de la métrite par un nouveau mode de pansement, par ZABÉ. (*Bull. de thérap.*, 30 mai.) — Des accidents causés par la cautérisation intra-utérine pratiquée à l'aide de la pâte de Canquoin, par PICHEVIN. (*Nouv. Arch. d'obst.*, 3.) — Du curetage de l'utérus, par QUEIREL. (*Assoc. franç. Congrès de Limoges*, p. 626.) — De la dilatation rapide du col et du corps par les bougies de Hegar, par PHILLIPS. (*Brit. med. Journ.*, 23 mai.) — Du traitement médical et en particulier du curetage utérin et de leur influence sur les lésions des annexes, par BAZY. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — Des accidents consécutifs à la cautérisation intra-utérine par le crayon de pâte de Canquoin, par MORNEAU. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Sur l'antéflexion de l'utérus, par SWIFT. (*Boston med. Journ.*, 21 mai.) — Antiflexion pathologique de l'utérus, par MINARD. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 13 juin.) — Réparation immédiate des déchirures du col utérin six cas, par BARROWS. (*N. York med. Journ.*, 9 mai.) — Traitement de la rétroflexion utérine, par SCHULTZE. (*Samml. klin. Vorträge*, 24.) — L'opération vaginale de la rétroflexion utérine, par STRATZ. (*Zeit. f. Geburts.*, XXI, 2.) — Du prolapsus utérin chez la vieille femme, son traitement par la colpopexie indirecte, par LACAZES. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Chute de l'utérus, cloisonnement du vagin par le procédé de Le Fort, guérison, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 23 mai.) — Ventrofixation de l'utérus, par CURRIER. (*N. York Acad. of med.*, 26 février.) — De la ventrofixation pour la guérison du prolapsus utérin, par KLEINWAECHTER. (*Zeit. f. Geburts.*, XXI, 2.) — Traitement des déplacements postérieurs de l'utérus par la ligature utéro-vaginale, par BOLDT. (*Med. News*, 25 avril.) — Des ruptures de l'utérus, par SLECHTA. (*Wiener med. Blätter*, 14 mai.) — Salpingite purulente, abcès du ligament large secondaire, par LAFOURCADE. (*Soc. anat. Paris*, 22 mai.) — Pyosalpingites, par REYNIER. (*Bullet. soc. de Chirurgie*, XVI, p. 852.) — Hématocèle pelvienne intra et extra-péritonéale ; hernie inguinale de l'ovaire ; kystes des ligaments larges ; kystes rétro-péritonéaux chez un même sujet, par PÉPIN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 mai.) — Pyosalpinx enkysté avec fistule rectale et utérine, par DAURIAC. (*Soc. anat. Paris*, 17 avril.) — Hématosalpingite avec villosités placentaires, par PILLIET. (*Soc. anat. Paris*, 17 avril.) — Hématosalpingite, par BAUDRON et PILLIET. (*Soc. anat. Paris*, mai, p. 326.) — Des salpingo-ovarites tuberculeuses, par DE MASSIA. (*Thèse de Paris*,

25 juillet.) — Tumeurs incluses dans le ligament large, par LASSALLE. (*Thèse de Montpellier*). — Les maladies des trompes, par ROSTHORN. (*Soc. des méd. de Vienne*, 23 janvier. — Des tumeurs de la trompe, par LANDAU. (*Arch. f. Gynæk.*, XL, 1.) — Quelques remarques sur le traitement des salpingites suppurées, par BOIFFIN. (*Progrès médical*, 7 février.) — Nouveau cas de cathétérisme involontaire de la trompe de Fallope, par GËNNER. (*Corresp. Blatt. f. schurizer Aerzte*, 1^{er} janvier.) — Du traitement des salpingites, par JACOBS. (*Presse méd. belge*, 15 mars.) — Ablation d'utérus par la voie vaginale pour double salpingite, par TERRILLON. (*Bull. soc. de Chir.*, XVII, p. 177.) — Traitement des suppurations pelviennes, par CHÉRON. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, mai.) — Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles, par CHÉRON. (*Revue méd. chir. mal. des femmes*, mai.) — Le traitement des suppurations pelviennes et des lésions inflammatoires des annexes par l'hystérectomie vaginale, par POZZI. (*Gazette hebdomadaire Paris*, 18 avril.) — De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines, par SEGOND. (*Archives de tocol.*, avril.) — Technique de la chirurgie pelvienne, par ASHTON. (*Med. News*, 13 juin.) — De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines, par PUECH. (*Montpellier méd.*, 16 avril.) — Sur les résultats éloignés de l'ablation des annexes utérines, par LAWSON TAIT. (*Annales de gynécologie* avril.) — Résultats éloignés de l'ablation des annexes, par RICHELLOT. (*Ibid.*) — L'ablation des annexes utérines dans les névroses fonctionnelles, par PLAYFAIR. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXIII, p. 7.) — Les hémorragies dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, l'endométrite cause de ces hémorragies et leur traitement par le curetage, par BATUAUD. (*Thèse de Paris*, 23 avril.) — Un cas de fibrome de la trompe, par SPAETH. (*Zeit. f. Geburts.*, XXI, 2.) — Myomes utérins, par MONTGOMERY. (*Med. News*, 13 juin.) — Fibrome intra-utérin pris pour un cancer, par ROUTIER. (*Rev. gén. de clinique*, n° 12, p. 187.) — Volumineuse tumeur utérine expulsée par le vagin, par GOELET. (*N. York acad. of med.*, 26 mars.) — Traitement des fibromes utérins par l'injection d'ergot dans le tissu fibreux, par SCHNEEK. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 27 juin.) — Du traitement des fibromes utérins par les courants d'induction, par REYMOND et MALLY. (*Ann. de gynéc.*, mai.) — Action du courant galvanique sur les fibro-myomes, par BAACKER. (*Cent. f. Gynæk.*, 11 juillet.) — Recherches sur les myomes utérins, traités par l'électricité, par l'ovariectomie, etc., par ROSS. (*New York med. Jour.*, 25 avril.) — Traitement des myomes compliquant la grossesse et l'accouchement, par LANDAU. (*Samml. klin. Vorträge*, 26.) — Laparotomie pour un myome utérin cylindrique long de 20 centimètres et de 18 centimètres de pourtour, enclavé dans le petit bassin et comprimant, sans y adhérer, le rectum et la vessie, par LANGENBUCH. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 janvier.) — Volumineux fibrome de l'utérus. Hystérectomie abdominale; réduction complète du pédicule avec ligature élastique, perdue, la cavité utérine étant ouverte. Guérison, par BOIFFIN. (*Mercredi méd.*, 25 mars.) — Fibromyome du col utérin sous-cutané, kolpomyotomie, par DSIRNE. (*St-Petersb. med. Woch.*, 4 mai.) — Fibrome utérin, laparotomie, par TRIPIER. (*Lyon méd.*, 5 juillet.) — Sur un procédé d'amputation des corps fibreux de l'utérus, par AUDRY. (*Arch. de tocol.*, avril.) — Observation de myomotomie, par E. LAUWERS. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, n° 1, p. 84.) — Hystérectomie abdominale pour tumeurs volumineuses de l'utérus, par CHÉNIEUX. (*Assoc. franç. Congrès Limoges*, p. 611.) — Énucléation des fibro-myomes utérins par la voie abdominale, ses avantages sur l'hystérectomie intravaginale, par CHEVRIER. (*Nouv. Arch. d'obst.*, avril.) — Parallèle des phénomènes consécutifs à l'énucléation par voie abdominale et à l'hystérec-

tomie supra-vaginale dans certains cas de fibromes utérins, par BONNET (*Arch. de tocol.*, juillet.) — Pince pour hystérectomie vaginale, par REYNIER. (*Bull. soc. de Chirurgie*, XVII, p. 229.) — Mon expérience sur l'hystérectomie vaginale, par KRUG. (*Americ. J. of obst.*, juillet.) — Élévation du bassin dans l'extirpation totale de l'utérus, par MENDES DE LÉON. (*Cent. f. Gynæk.*, 25 avril.) — Amputation sus-vaginale du col suivant le procédé de Schröder, par PETIT. (*Nouv. Arch. d'obst.*, mars.) — Hystérectomie abdominale, par TERRILLON. (*Arch. de tocol.*, mai.) — Contribution aux indications comparées de la galvanisation et de l'hystérectomie, par LERICHE. (5^e *Cong. franç. Chir. Bull. méd.* 3 mai.) — Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de certaines tumeurs de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale, par PÉAN. (*Gaz. des hôp.*, 27 juin.) — Des formations kystiques consécutives à l'extirpation de l'utérus et des annexes, par HAHUSSEAU. (*Thèse de Paris*, 26 juin.) — Adénome de l'utérus, par COE. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 4 juillet.) — Sur la coexistence du cancer au col et au corps de l'utérus, par ABEL et LANDAU. (*Münch. med. Woch.*, 10 février.) — Sarcomes de l'utérus, par TERRILLON. (*Progrès médical*, 28 février.) — De l'intervention partielle tardive dans l'épithélioma utérin inopérable par les méthodes locales, par LEVRAT. (5^e *Congrès franç. Chir. Bull. méd.*, 29 avril.) — Pronostic et traitement du cancer utérin, par TANNEN. (*Münch. med. Woch.*, 21 avril.) — Traitement du cancer du col, un cas d'hystérectomie vaginale, par BREWIS. (*Edinb. med. Journ.*, mai.) — Hystérectomies pour cancers et prolapsus utérins, extirpation vaginale du pédicule, par GOULLIoud. (*Lyon méd.*, 7 juin et 12 juillet.) — Des résultats de l'extirpation totale de l'utérus dans le cancer, par LEISSE. (*Arch. f. Gynæk.*, XL, 2.) — 21 cas d'hystérectomie vaginale pour cancer, par CUSHING. (*Boston med. J.*, 4 juin.)

V

Vaccin. — Rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées dans le canton de Tuchen, par COURRENT. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 18 avril.) — La vaccination et la revaccination obligatoires devant l'Académie de médecine, par E. VALLIN. (*Revue d'hyg.*, XIII, 193, mars.) — La vaccination en Prusse d'après les documents officiels, par ALBERT GUTTSTADT. (*Zeitschr. d. k. Preussisch. statist. Bureau*, 1890 et *Hygienische Rundschau*, 1, 203, 1^{er} mars.) — Vaccine et vaccination, par SAINT-YVES MÉNARD. (*Médecine moderne*, 22 janvier.) — Note sur l'emploi de la plume à vacciner, par MARECHAL. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Un cas de conjonctivite vaccinale, auto-observation, par BENOIT. (*Ibid.*, juillet.) — Neuf cas de vaccination accidentelle, par FALKIN. (*Edinburg med. Journ.*, juin.) — Ostéomyélite de l'humérus droit consécutive à une infection post vaccinale par les staphylocoques, par SABRAZÈS. (*Journ. méd. Bordeaux*, 7 juin.) — Des vaccinations chimiques, par HERNANDEZ. (*Soc. de biol.*, 4 juillet.)

Vagin. — Sur le développement comparé du vagin et du vestibule des mamifères, par RETTERER. (*Soc. de biol.*, 9 mai.) — Sur l'origine du vagin de la femme, par RETTERER. (*Ibid.*, 2 mai.) — Restauration du vagin après ablation de la cloison recto-vaginale, par LEPRÉVOST. (5^e *Congrès franç. Chir. Bull. méd.*, 3 mai.) — Rétention des règles pendant six mois, par occlusion du vagin, par M^{lle} MESNARD. (*Arch. de tocol.*, juillet.) — Un cas

de vaginite avec kystes gazeux, par HERMAN. (*Lancet*, 6 juin.) — Diagnostic des tumeurs kystiques de la paroi vaginale, par HEYDRICH. (*Cent. f. Gynæk.*, 23 mai.)

Variole. — Petite épidémie de variole dans l'arrondissement de Baume (Doubs), par BÜTTERLIN. (*Gaz. des hôp.*, 25 juillet.) — Efficacité de la revaccination pour arrêter une épidémie de variole, par DESPLATS. (*Journ. sc. méd. Lille*, 19 juin.) — Traitement topique de la variole à propos d'une épidémie à l'hôpital Saint-Mandrier, par CASTANIER. (*Thèse de Montpellier.*)

Veine. — Valeur diagnostique des souffles veineux du cou, par BEWLEY. (*Dublin J. of med. sc.*, mai.) — Dilatation ampullaire de la veine fémorale dans le canal crural et de la saphène interne à son embouchure, par DUCOURTIOUX. (*Thèse de Paris*, 26 juin.) — Induration chronique des veines périphériques, par DUPONCHEL. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 mars.) — Phlegmatia alba dolens chez une chloro-anémique, par TRIPET. (*Revue gén. de clinique*, n° 9, p. 138.) — Deux cas de phlébite syphilitique, par CHARVOT. (*Rev. de Chir.*, juillet.) — Les ruptures externes des varices du membre inférieur, par MÉDINA NAVARRO. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — De la ligature des veines saphènes dans le traitement des varices et de l'ulcère variqueux, par ARCHAMBAUD. (*Thèse de Paris*, 26 juin.) — Traitement des varices, par TAYLOR. (*Edinb. med. Journ.*, juin.)

Vessie. — Sur la vessie et l'urètre par GRIFFITHS. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Développement de la vessie, par KEIBEL. (*Anatom. Anzeiger*, VI, 7.) — Cystite bactérienne primitive, par HAUSHALTER. (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 21 mars.) — De l'origine infectieuse de certaines formes de cystite, dites à frigore ou rhumatismales, par BAZY. (*Congr. franç. Chir. Bull. méd.*, 4 avril.) — Un cas d'hématurie parasitaire tropicale (*Bilharzia hæmatobia*), par NITZE et par R. VIRCHOW. (*Berlin. klin. Wochens.*, 17 février.) — Un cas d'hémorragie vésicale pendant la grossesse, par M. CLEAVES. (*N.-York med. Record*, 14 mars.) — Étude des hernies vésicales, par GUETERBOCK. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXII, 3 et 4) — Modification dans la forme du son, pour la recherche des petits calculs vésicaux, par THOMSON. (*Brit. med. Journ.*, 6 juin.) — Des calculs vésicaux chez la femme développés autour des corps étrangers, par CARRIÈRE. (*Thèse de Montpellier.*) — Polypes vésicaux formés par des œufs de *Bilharzia hæmatobia*, par VIRCHOW. (*Berlin. klin. Wochens.*, 23 février.) — Calculs vésicaux et prostatiques, dont le noyau était formé par un fragment d'os nécrosé du pubis ayant perforé la vessie, par ALEXANDER. (*Journ. of cutan. dis.*, juin.) — L'importance du sac rétroprostatique dans la chirurgie des calculs vésicaux, par BROWNE. (*London med. Soc.*, 13 avril.) — Épingle à cheveux dans la vessie, par CURRIER. (*N.-York Acad. of med.*, 26 mars.) — Diagnostic des tumeurs vésicales, hématurie et endoscopie, par GUYON. (*Bull. méd.*, 22 avril.) — Des tumeurs solides périvésicales, par GUYON. (*Ibid.*, 3 mai.) — Du sarcome de la vessie, par HINTERSTOISSER. (*Wiener klin. Woch.*, 21 mai.) — L'état actuel de la litholapaxie, par FREYER. (*Brit. med. J.*, 9 mai.) — De la taille suspubienne et latérale et de la litholapaxie, par CUNNINGHAM. (*Ibid.*) — Notes sur la lithotritie, 40 cas, par EDWARDS (*Ibid.*, 9 mai.) — L'antisepsie dans la lithotritie, par GUYON. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mai.) — La taille périnéale peut-elle être préférable à la taille hypogastrique dans la cure de quelques néoplasmes vésicaux? par PICARD. (*Ibid.*, mai.) — Cinq cas de taille suspubienne, 3 pour pierre, 1 pour tumeur, 1 pour cathétérisme des uretères, 1 mort, par KEEN. (*Med. news*, 18 avril.) — De la suture primitive de la vessie à la suite de la taille hypogastrique, par de VLACCOS. (*Thèse de*

Paris, 18 juillet.) — Cinq cas de taille suspubienne, par HAMILTON. (*N. York med. Journ.*, 4 juillet.)

Vision. — Origine de la vision droite, par ONANOFF. (*Soc. de biol.*, 11 avril.) — Expériences démontrant la production de vibrations dans l'appareil visuel sous l'influence des excitations lumineuses, par CHARPENTIER. (*Ibid.*, 16 mai.) — Démonstration expérimentale d'un temps perdu dans l'excitation des centres visuels, par CHARPENTIER. (*Ibid.*, 27 juin.) — Phénomènes de coloration apparentes observés sous l'influence d'excitations lumineuses instantanées, par CHARPENTIER. (*Ibid.*, 18 juillet.) — Sur la persistance totale des impressions lumineuses distinguée de leur persistance apparente, par CHARPENTIER. (*Ibid.*, 18 juillet.) — Remarques et expériences au sujet de coloration entoptique de lumières blanches instantanées, par CHARPENTIER. (*Ibid.*) — Sur la vision droite, par OSKIERKO. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.)

Vitiligo. — Vitiligo suite de grippe et d'érysipèle, par SYMPSON. (*Brit. med. J.*, 18 avril.)

Vitré (Corps). — Décollement du corps vitré à droite avec synchisis scintillant à gauche, par PUECH. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 avril.)

Z

Zona. — Observation de zona développé sur le trajet du nerf radial pendant une rougeole, zona rubéolique, par ADENOT. (*Rev. de méd.*, juillet.)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

DES TOMES XXXVII ET XXXVIII.

(ANNÉE 1891.)

A

Abadie, XXXVII, 282.
 Abbe, XXXVII, 236.
 Abbot, A.-C., XXXVIII, 584.
 Abraham, Paul, XXXVIII, 449.
 Acconci, L., XXXVIII, 605.
 Achard, XXXVII, 78 ; XXXVIII, 63, 78, 325.
 Acri, XXXVII, 159.
 Adamkiewicz, XXXVII, 126.
 Adenot, XXXVII, 517 ; XXXVIII, 268.
 Adler, A., XXXVII, 500 ; XXXVIII, 516.
 Aducco, V., XXXVIII, 24.
 Afanassiew, XXXVIII, 633.
 Ahlfeld, F., XXXVII, 549.
 Aigre, XXXVIII, 235.
 Albarran, XXXVIII, 688.
 Albertoni, P., XXXVII, 467 ; XXXVIII, 444.
 Albrecht, XXXVIII, 97.
 Alexander, XXXVII, 179.
 Alezais, H., XXXVIII, 577.
 Alessi, G., XXXVII, 144 ; XXXVIII, 472.
 Alison, XXXVII, 528.
 Allard, XXXVII, 571.
 Allen, Harrison, XXXVII, 623, 651.
 Allingham, Herbert, XXXVIII, 689.
 Allingham, W., XXXVIII, 671.
 Alt, XXXVII, 591.
 Althaus, G., XXXVII, 598.
 Altichieri, B., XXXVII, 109.
 Amaral, Erasmo do, XXXVIII, 628.

Aman, Alb., XXXVII, 528.
 Amicis, T. de, XXXVII, 203 ; XXXVIII, 621.
 Anderson, Mc Call, XXXVII, 660 ; XXXVIII, 404, 644.
 Anderson, XXXVIII, 626.
 Andrewes, F.-W., XXXVIII, 579.
 Andrews, J.-A., XXXVII, 274.
 Anfuso, G., XXXVIII, 89.
 Anger, Th., XXXVII, 266 ; XXXVIII, 252.
 Antony, XXXVII, 528.
 Apathey, XXXVIII, 402.
 Apostoli, G., XXXVIII, 181.
 Appert, L., XXXVII, 569.
 Araki, Trasabuco, XXXVIII, 456.
 Arbacci, O., XXXVII, 136.
 Archambault, XXXVII, 201.
 Argutinsky, P., XXXVII, 36.
 Arloing, XXXVII, 1, 26 ; XXXVIII, 26, 423, 560.
 Arnaud, F., XXXVII, 577.
 Arnaud, XXXVIII, 325.
 Arnstamoff, XXXVII, 70.
 Arnold, J., XXXVIII, 477, 478, 481, 570.
 Artemieff, A., XXXVIII, 189.
 Arthus, XXXVIII, 35.
 Ascher, XXXVII, 601 ; XXXVIII, 447.
 Ashmead, XXXVII, 197.
 Askanazy, XXXVII, 197.
 Attimont, XXXVIII, 665.
 Audry, XXXVIII, 652.
 Auché, XXXVII, 661 ; XXXVIII, 152.
 Audry, XXXVII, 173 ; XXXVIII, 284, 598.
 Auerbach, L., XXXVIII, 7, 12.
 Aufrecht, XXXVIII, 199, 635.
 Augagneur, XXXVIII, 210.

Anscher, E., XXXVIII, 466.
 Austin, XXXVIII, 686.
 Azéma, XXXVIII, 688.

B

- Babes, V., XXXVII, 452, 660;
 XXXVIII, 55, 205, 560.
 Babinski, G., XXXVIII, 135, 326.
 Badal, XXXVII, 660.
 Badano, F., XXXVIII, 51.
 Baehr, Paul, XXXVII, 624.
 Baert, XXXVII, 455.
 Baginsky, Adolf, XXXVIII, 207.
 Balandin, XXXVIII, 192.
 Balard d'Herlinville, XXXVIII, 662.
 Ballance, A., XXXVIII, 491.
 Ballenghien, XXXVIII, 280.
 Ballet, G., XXXVII, 126, 130, 512.
 Ballowitz, XXXVII, 48.
 Balp, XXXVII, 505.
 Balzer, XXXVIII, 231.
 Bamberger, XXXVII, 514.
 Bang, XXXVII, 495.
 Banti, Guido, XXXVII, 141.
 Bantock, Granville, G., XXXVIII,
 591.
 Bar, XXXVII, 555.
 Baraban, XXXVII, 13.
 Baracz, XXXVII, 230.
 Barbacci, V., XXXVII, 76; XXXVIII,
 59.
 Barbet, XXXVIII, 241.
 Barclay, A., XXXVIII, 619.
 Bard, XXXVII, 10; XXXVIII, 64.
 Bardach, J., XXXVIII, 75.
 Bardenheuer, XXXVII, 224, 614;
 XXXVIII, 309, 473.
 Barfurth, XXXVIII, 413.
 Barjon, XXXVIII, 615.
 Barker, Arthur, XXXVII, 617.
 Barn, XXXVIII, 578.
 Barois, XXXVII, 477.
 Barral, XXXVIII, 35.
 Barraud, XXXVII, 590.
 Barrow, D., XXXVII, 240.
 Barsony, G., XXXVII, 551.
 Barth, W., XXXVII, 471.
 Barthélemy, XXXVII, 528, 576.
 Bartholow, Roberts, XXXVII, 482.
 Baseil, M., XXXVIII, 691.
 Basevi, V., XXXVIII, 66, 299.
 Bassi, G., XXXVII, 151.
 Bastianelli, R., XXXVII, 631.
 Batten, XXXVIII, 694.
 Baumann, E., XXXVII, 441; XXXVIII,
 452.
 Baumann, Joh, XXXVIII, 194.
 Baumgarten, XXXVIII, 46.
 Bazy, XXXVIII, 242.
 Beatson, XXXVII, 610.
 Beatty, Wallace, XXXVIII, 578, 612.
 Beaumont, W., XXXVIII, 295.
 Beck, A., XXXVII, 419.
 Beekh, XXXVII, 107.
 Beevor, Charles, XXXVIII, 444.
 Behrend, Gustave, XXXVII, 200, 660.
 Behring, XXXVII, 453, 456; XXXVIII,
 74.
 Belfield, W., XXXVII, 635.
 Bellencontre, XXXVII, 168.
 Belmondi, XXXVIII, 24.
 Belval, Th., XXXVII, 117; XXXVIII,
 111.
 Benzur, Dyonis, XXXVIII, 38.
 Beneke, R., XXXVIII, 53.
 Benzler, XXXVIII, 130.
 Berdal, XXXVIII, 627.
 Bérenger-Féraud, XXXVII, 532.
 Bergmann, von, XXXVIII, 677.
 Berlin, XXXVII, 557.
 Bertioz, XXXVIII, 511.
 Berne, A., XXXVIII, 187.
 Bernhardt, XXXVIII, 325.
 Bernheim, XXXVIII, 520.
 Bernheim, XXXVIII, 535.
 Bert, XXXVII, 563.
 Bertarelli, XXXVII, 199.
 Berthelot, XXXVIII, 93.
 Bertin, XXXVII, 113, 480; XXXVIII,
 520.
 Bertrand, L.-E., XXXVII, 148;
 XXXVIII, 265.
 Besnier, E., XXXVII, 661; XXXVIII,
 217, 611, 617.
 Besselhagen, XXXVII, 232.
 Bétrix, Alb., XXXVIII, 164.
 Bettencour, XXXVII, 234.
 Beverley, Michael, XXXVII, 177.
 Bewley, Henry, XXXVIII, 554.
 Biach, XXXVII, 145.
 Bidon, XXXVIII, 549.
 Bidwell, XXXVIII, 313.
 Biedermann, W., XXXVII, 35.
 Bienfait, XXXVII, 58.
 Biernacki, E., XXXVII, 129, 469;
 XXXVIII, 41.
 Bignami, XXXVIII, 326.
 Bijoud, XXXVII, 599.
 Billroth, XXXVIII, 258.
 Binet, Paul, XXXVII, 474; XXXVIII,
 517.
 Bing, XXXVIII, 93.
 Birch-Hirschfeld, XXXVIII, 556, 604.
 Bird, Golding, XXXVIII, 648, 653.
 Birnbacher, XXXVII, 285.
 Binswanger, Otto, XXXVII, 593.
 Bircher, H., XXXVIII, 85.
 Blagovestchensky, XXXVII, 463.
 Blanc, Emile, XXXVII, 557.
 Blaschko, A., XXXVII, 117, 118.
 Blasi, L. de, XXXVII, 119.

- Bleibtrev, L., XXXVII, 36.
 Blicsener, XXXVIII, 323.
 Bloch, C., XXXVIII, 705.
 Bloeq, P., XXXVIII, 508, 597.
 Blome, R., XXXVII, 437.
 Bluhm, Agnes, XXXVIII, 571.
 Blum, XXXVIII, 510.
 Bock, XXXVII, 642.
 Böck, C., XXXVIII, 215, 441.
 Böckel, J., XXXVII, 236; XXXVIII, 284.
 Böhm, L., XXXVII, 442.
 Bölen, von, XXXVII, 101.
 Boges, XXXVIII, 249.
 Bohland, K., XXXVII, 442; XXXVIII, 532.
 Bohr, Christian, XXXVII, 421, 422; XXXVIII, 426.
 Boinet, XXXVII, 578; XXXVIII, 134, 515.
 Boix, XXXVIII, 135.
 Bonaiuti, XXXVII, 578.
 Bonardi, XXXVIII, 160, 459.
 Bondet, XXXVIII, 523.
 Bonhaffer, K., XXXVII, 34.
 Bonnaui, O., XXXVIII, 503.
 Bonnaud, XXXVII, 52.
 Bonnet, XXXVIII, 526.
 Bonome, XXXVII, 52.
 Bonuzzi, XXXVII, 109.
 Bordas, XXXVIII, 239.
 Borntræger, XXXVII, 510; XXXVIII, 651.
 Bose, XXXVIII, 88, 487, 510.
 Bossion, XXXVII, 624.
 Bostroem, XXXVIII, 589.
 Botey, XXXVIII, 314.
 Bottez, C., XXXVIII, 303.
 Bottini, XXXVIII, 276.
 Bouchard, XXXVII, 479.
 Boucheron, XXXVIII, 13.
 Bouilly, XXXVIII, 172, 176, 591, 601.
 Boulay, XXXVII, 505.
 Boulengier, XXXVII, 470.
 Boulloche, XXXVIII, 700.
 Bourcart, XXXVIII, 599.
 Bourges, XXXVII, 71, 650.
 Bourguet, L., XXXVIII, 121.
 Bourneville, XXXVII, 595.
 Bourrus, XXXVII, 553.
 Boursier, XXXVIII, 167.
 Bouveret, L., XXXVII, 156, 277, 510; XXXVIII, 107, 703.
 Bowen, XXXVII, 661.
 Bowlby, Anthony, XXXVIII, 577.
 Boymond, XXXVII, 101.
 Bozzolo, C., XXXVII, 69.
 Braatz, XXXVIII, 74.
 Bradford, J.-Rose, XXXVII, 31.
 Bramann, F., XXXVII, 16.
 Brandenburg, F., XXXVII, 561; XXXVIII, 86.
 Brandl, Joseph, XXXVII, 48.
 Braquehaye, XXXVII, 259, 661; XXXVIII, 688.
 Brauman, XXXVIII, 626.
 Braun, H., XXXVII, 628; XXXVIII, 307.
 Braun-Fernwald, XXXVII, 535.
 Braunschweig, XXXVII, 95, 641; XXXVIII, 300.
 Brauntigam, XXXVIII, 69.
 Bremer, XXXVII, 212; XXXVIII, 245.
 Bresgen, XXXVII, 95.
 Brianceau, J., XXXVIII, 325.
 Brigidi, XXXVII, 581.
 Bridge, Norman, XXXVII, 237.
 Brissaud, XXXVII, 512, 655, 661; XXXVIII, 56, 325, 548.
 Bristowe, XXXVIII, 200.
 Broca, A., XXXVII, 226, 661; XXXVIII, 252, 269, 324.
 Brocq, XXXVII, 101, 186; XXXVIII, 212, 613.
 Brœse, XXXVIII, 595.
 Broich, von, XXXVII, 203.
 Bronner, Herman, XXXVIII, 142.
 Brosset, G., XXXVIII, 126.
 Brousses, XXXVIII, 655.
 Browne, Buckston, XXXVIII, 273.
 Brown, W.-H., XXXVIII, 666.
 Brown, F.-T., XXXVIII, 680.
 Brown, Sanger, XXXVII, 507.
 Bruenner, Conrad, XXXVII, 454.
 Brugger, C., XXXVII, 661.
 Brubacher, K., XXXVIII, 461.
 Brühl, XXXVIII, 325.
 Bruhns, G., XXXVII, 46.
 Brun, H. de, XXXVII, 527.
 Brunelle, XXXVIII, 573.
 Bruns, Ludwig, XXXVII, 159; XXXVIII, 319.
 Bryce, H.-Thomas, XXXVIII, 94.
 Buchanan, XXXVII, 630; XXXVIII, 644.
 Buchholz, XXXVIII, 638.
 Büchler, XXXVII, 202, 204.
 Buchner, H., XXXVII, 64, 65, 76, 448; XXXVIII, 71.
 Buequoÿ, XXXVII, 94.
 Budin, XXXVIII, 605.
 Budjwid, Odo, XXXVII, 464.
 Buetschli, XXXVIII, 8.
 Bull, XXXVII, 285.
 Bullard, XXXVII, 607.
 Bullen, John, XXXVIII, 630.
 Bumm, XXXVII, 560.
 Burekhardt, XXXVII, 592; XXXVIII, 221.
 Burghard, XXXVIII, 234.
 Burlureaux, XXXVIII, 218, 520.
 Burrell, XXXVII, 607.
 Busch, XXXVII, 225.
 Buzzi, XXXVIII, 210.
 Byford, XXXVII, 537.

C

- Cadéac, XXXVIII, 91.
 Cadiot, XXXVIII, 490.
 Cahen, XXXVIII, 278.
 Calderini, XXXVII, 548; XXXVIII, 192.
 Calligari, XXXVIII, 661.
 Calot, XXXVII, 612.
 Cameron, XXXVII, 88, 547.
 Campana, R., XXXVII, 661.
 Camuset, XXXVIII, 637.
 Canalis, XXXVII, 445.
 Cane, XXXVII, 185.
 Canniot, XXXVIII, 259.
 Cantu, V., XXXVII, 28.
 Capart, XXXVII, 653.
 Capparelli, A., XXXVII, 5.
 Carblom, XXXVIII, 620.
 Carl, XXXVII, 95; XXXVIII, 191.
 Carreau, J., XXXVIII, 568.
 Carson, N., XXXVII, 212, 620.
 Cartaz, XXXVIII, 703, 706.
 Cartier, XXXVIII, 105.
 Caselli, A., XXXVIII, 644.
 Caspary, XXXVII, 192.
 Cassaet, XXXVII, 266.
 Cassedebat, XXXVII, 459, 493; XXXVIII, 492.
 Cathelineau, XXXVIII, 134.
 Cattani, G., XXXVIII, 74, 82.
 Caussade, G., XXXVII, 156.
 Cavazzani, A., XXXVIII, 26.
 Caviglia, Pietro, XXXVII, 129.
 Cazin, Maurice, XXXVIII, 48, 662.
 Cehak, XXXVII, 205.
 Celli, A., XXXVIII, 158.
 Cénas, XXXVIII, 132.
 Cervello, V., XXXVII, 650.
 Chaboux, XXXVII, 261.
 Chaillous, XXXVII, 281.
 Chalot, XXXVIII, 244.
 Chambon, XXXVII, 458.
 Championnière, L., XXXVII, 225.
 Chantemesse, XXXVII, 512; XXXVIII, 476.
 Chaput, XXXVII, 615; XXXVIII, 265, 270.
 Charbonneau, XXXVIII, 223.
 Charcot, XXXVII, 159, 279, 511, 513; XXXVIII, 325.
 Charpentier, XXXVII, 597.
 Charrin, A., XXXVII, 446, 479; XXXVIII, 145, 486, 487, 489.
 Charteris, XXXVIII, 512.
 Charvot, XXXVIII, 256.
 Chassevent, XXXVII, 236.
 Chauffard, XXXVIII, 148, 150.
 Chauveau, A., XXXVII, 428; XXXVIII, 560.
 Chavasse, XXXVIII, 319.
 Chéron, XXXVIII, 324.
 Chevalier, E., XXXVIII, 690.
 Chevallereau, XXXVII, 278.
 Chew, XXXVII, 249.
 Chiari, XXXVII, 263, 657, 661.
 Chibret, XXXVIII, 697, 699.
 Chipault, XXXVII, 606; XXXVIII, 325.
 Chittenden, H., XXXVII, 435, 436.
 Cholmogoroff, XXXVII, 540.
 Christ, Alf., XXXVII, 500.
 Christensen, A., XXXVIII, 40.
 Christian, J., XXXVIII, 641.
 Christiani, H., XXXVIII, 652.
 Church, Archibald, XXXVII, 212; XXXVIII, 325.
 Cirincioni, G., XXXVII, 129, 641.
 Cissel, XXXVII, 644.
 Claa, XXXVII, 168.
 Claiborne, XXXVII, 651.
 Claisse, XXXVIII, 211.
 Clarke, Kilner, XXXVIII, 666.
 Clarke, Andrew, XXXVIII, 200, 671.
 Clarke, Michell, XXXVII, 150, 506; XXXVIII, 535.
 Clément, XXXVIII, 529.
 Clerval, XXXVII, 104.
 Cleveland, C., XXXVII, 542.
 Clubbe, XXXVII, 560.
 Cnopf, XXXVIII, 203.
 Cochery, C., XXXVII, 205.
 Cockbury, XXXVII, 220.
 Codivilla, XXXVIII, 687.
 Coe, H.-C., XXXVII, 542.
 Cohn, V., XXXVIII, 543.
 Colas, E., XXXVIII, 507.
 Collas, Maurice, XXXVII, 176.
 Collaud, XXXVIII, 411.
 Colleville, W., XXXVIII, 324.
 Colley, Davies, XXXVII, 528, 648; XXXVIII, 531.
 Collier, W., XXXVIII, 604.
 Colombe, XXXVIII, 690.
 Combemale, XXXVII, 96, 477, 484; XXXVIII, 51, 105, 515.
 Comby, XXXVII, 661; XXXVIII, 198.
 Commenge, XXXVII, 119.
 Comte, G.-R., XXXVII, 242.
 Copeman, XXXVIII, 156, 446.
 Cooper, XXXVII, 587.
 Corlett, XXXVIII, 209.
 Cornil, F., XXXVII, 412; XXXVIII, 525, 659.
 Coudère, XXXVII, 180.
 Coudray, XXXVIII, 656.
 Coupland, S., XXXVIII, 200.
 Courmont, XXXVII, 78.
 Courtois-Suffit, XXXVII, 505, 523.
 Courvoisier, XXXVIII, 260.

Couturier, XXXVII, 168.
 Cramer, F., XXXVII, 204; XXXVIII, 86.
 Crandall, XXXVIII, 207.
 Creagh, XXXVIII, 644.
 Crespi, G., XXXVII, 609.
 Creveling, G., XXXVII, 655.
 Critzmann, XXXVIII, 461, 627.
 Crocker, Radcliffe, XXXVIII, 614.
 Cronier, XXXVII, 661.
 Crossland, XXXVIII, 160.
 Csokor, XXXVIII, 556.
 Cuffer, P., XXXVIII, 536, 571.
 Cuilleret, XXXVIII, 627.
 Curio, XXXVIII, 184.
 Curtillet, L., XXXVII, 277.
 Cutler, XXXVII, 204.
 Cybulski, N., XXXVIII, 419.
 Cygnaeus, XXXVIII, 77.
 Czatory, Aug., XXXVIII, 38, 573.
 Czempin, XXXVIII, 595.
 Czerny, Cl., XXXVII, 16, 413; XXXVIII, 324.

D

Dagonet, H., XXXVIII, 636.
 Dagron, XXXVIII, 644.
 Dana, Ch., XXXVII, 126.
 Danilewski, V., XXXVII, 63, 461.
 Darenberg, XXXVII, 114.
 Darier, XXXVII, 588; XXXVIII, 294.
 Da Silva, Ferreira, XXXVII, 444.
 Dastre, A., XXXVII, 81, 82; XXXVIII, 34.
 Dauchez, XXXVIII, 199.
 David, Th., XXXVII, 447.
 Davidson, James, XXXVII, 521.
 Dayot, XXXVIII, 325, 675.
 Dean, Percy, XXXVII, 31; XXXVIII, 477.
 Debierre, Ch., XXXVIII, 480.
 Debove, XXXVII, 126, 523, 617; XXXVIII, 144, 258, 295.
 Debrunner, A., XXXVII, 170.
 Decressac, XXXVII, 168.
 Degeon, XXXVII, 236.
 Degle, XXXVIII, 579.
 Dehio, XXXVIII, 554.
 Deichmüller, XXXVIII, 665.
 Déjardin, XXXVII, 168.
 Dejerine, XXXVII, 282; XXXVIII, 325, 466, 546.
 De Larabrie, XXXVII, 631.
 Delbet, P., XXXVII, 172; XXXVIII, 165, 596, 644.
 Delefosse, XXXVII, 258.
 Delépine, Sheridan, XXXVIII, 149, 491, 704.

Delitzin, XXXVII, 7.
 Delorme, XXXVIII, 289, 319.
 Delthil, XXXVII, 164.
 Denœyer, XXXVII, 470.
 Denison, XXXVII, 221.
 Deneke, XXXVII, 562, 661.
 Dennetières, XXXVII, 623.
 Dennis, Fréd., XXXVII, 237.
 Dérignac, XXXVIII, 519.
 Derville, XXXVII, 661.
 Deschamps, E., XXXVII, 661.
 Descroizilles, XXXVII, 559.
 Desguin, L., XXXVIII, 679.
 Deshayes, C., XXXVIII, 116.
 Desvernine-Galdos, XXXVIII, 311.
 Devic, XXXVII, 566.
 Devoto, L., XXXVII, 44; XXXVIII, 455.
 Dezanneau, XXXVIII, 162.
 Diamantberger, XXXVII, 568.
 Dickinson, W. Lee, XXXVII, 26; XXXVIII, 420, 433, 436, 506.
 Dietz, XXXVII, 257.
 Disse, XXXVII, 414.
 Djatschinto, XXXVII, 211.
 Dobroklouski, XXXVII, 67.
 Doerfler, H., XXXVIII, 167.
 Dogiel, J., XXXVII, 5, 426; XXXVIII, 434.
 Dohrn, XXXVII, 548.
 Dolard, XXXVII, 644.
 Dolega, XXXVIII, 643.
 Doléris, XXXVII, 168.
 Dolina, XXXVII, 287.
 Domergue, XXXVIII, 50.
 Dominicis, N. de, XXXVIII, 69.
 Donkin, XXXVII, 145; XXXVIII, 548.
 Donath, J., XXXVIII, 642.
 Dor, L., XXXVII, 77, 94.
 Doran, A., XXXVII, 539; XXXVIII, 591.
 Dort, von, XXXVII, 581.
 Dott, B., XXXVIII, 504.
 Doutrelepont, XXXVII, 189, 195, 661.
 Doyon, Maurice, XXXVIII, 25, 490.
 Doyon, XXXVIII, 611.
 Dreschfeld, XXXVII, 133.
 Dreser, H., XXXVII, 104.
 Drewitt, XXXVII, 567.
 Dreyfous, XXXVII, 103.
 Dreyfuss, XXXVII, 656.
 Drouin, René, XXXVII, 436.
 Drummond, XXXVIII, 148.
 Dubiquet, XXXVII, 484.
 Dublacq, XXXVII, 141.
 Dubner, XXXVII, 178.
 Dubois-Havenith, XXXVII, 661.
 Dubrueil, XXXVII, 265.
 Dubreuilh, XXXVII, 123, 201, 661.
 Dubut, H., XXXVII, 620.
 Ducamp, XXXVII, 118.
 Du Castel, XXXVIII, 627.

Du Cazal, XXXVIII, 499.
 Duchesne, C., XXXVIII, 278.
 Duchesneau, XXXVII, 632.
 Dudon, XXXVII, 222.
 Duci, XXXVIII, 301.
 Duflocq, P., XXXVII, 520; XXXVIII, 724.
 Dührssen, XXXVII, 551.
 Dujardin, XXXVII, 643.
 Dumas, XXXVII, 279.
 Dumont, Fritz, XXXVIII, 591.
 Duncan, M., XXXVII, 553.
 Dunn, XXXVIII, 296.
 Duplay, S., XXXVII, 661; XXXVIII, 241, 662.
 Dupray, XXXVIII, 613.
 Durand, XXXVIII, 190.
 Durand-Fardel, R., XXXVII, 445.
 Duroziez, XXXVIII, 140.
 Dutil, XXXVIII, 325, 552.
 Duval, Mathias, XXXVII, 409; XXXVIII, 478.
 Duvernet, XXXVIII, 623.
 Duyse, van, XXXVII, 643.
 Dyer, XXXVIII, 529.

E

Ebstein, W., XXXVII, 520.
 Eddowes, A., XXXVII, 13.
 Edinger, L., XXXVII, 2, 3.
 Eger, XXXVIII, 255.
 Ehrenthal, W., XXXVII, 433.
 Ehrlich, XXXVII, 95, 465.
 Eichel, XXXVII, 60.
 Eichhoff, XXXVII, 101.
 Eichhorst, H., XXXVII, 151; XXXVIII, 127, 467.
 Einhorn, XXXVIII, 529.
 Eiselsberg, XXXVII, 661; XXXVIII, 72.
 Eisenlohr, XXXVII, 500, 509.
 Elliot, XXXVII, 187, 661.
 Ellyson, R.-M., XXXVII, 88.
 Elmassian, XXXVII, 617.
 Elsenberg, XXXVII, 661.
 Emerson, XXXVIII, 206.
 Emmerich, R., XXXVIII, 500.
 Engel, R. von, XXXVII, 470.
 Engelmann, F., XXXVII, 541.
 Englisch, J., XXXVIII, 277.
 Engstrom, Otto, XXXVI, 32, 421; XXXVIII, 606.
 Epenstein, H., XXXVIII, 447.
 Eperon, XXXVIII, 295.
 Eppinger, H., XXXVII, 450.
 Eraud, G., XXXVIII, 86, 230.
 Erb, W., XXXVII, 136.

Erdmann, XXXVII, 505.
 Erlenmeyer, XXXVIII, 540.
 Escherich, Th., XXXVII, 71; XXXVIII, 199.
 Eternod, A., XXXVII, 457.
 Ettlinger, XXXVIII, 603.
 Etzold, XXXVIII, 19.
 Eulenburg, XXXVIII, 126.
 Esson, L., XXXVII, 104.
 Evans, J.-F., XXXVIII, 582.
 Evans, Percy, XXXVIII, 514.
 Eve, XXXVII, 661.
 Everke, XXXVII, 553, 557.
 Ewald, C.-A., XXXVIII, 535.
 Ewald, R., XXXVIII, 37.
 Exner, Sigm, XXXVIII, 424.
 Expert-Besançon, XXXVII, 116.

F

Faber, Knead, XXXVII, 454.
 Fabry, G., XXXVIII, 230.
 Faisans, XXXVIII, 141.
 Faivre, XXXVII, 180.
 Faldella, P., XXXVII, 133.
 Falk, F., XXXVIII, 37, 55, 232.
 Fano, G., XXXVIII, 11, 440.
 Farge, XXXVIII, 162.
 Fasola, G., XXXVIII, 442.
 Faulhaber, E., XXXVIII, 475.
 Faussillon, XXXVII, 639.
 Favre, Al., XXXVII, 51; XXXVIII, 502.
 Fehling, XXXVII, 545; XXXVIII, 605.
 Feilchenfeld, XXXVII, 278.
 Feist, XXXVIII, 5.
 Feleki, Hugo, XXXVII, 261.
 Felisiani, XXXVII, 40.
 Félizet, XXXVIII, 208, 598, 691.
 Fenwick, Saltan, XXXVIII, 103, 273.
 Féré, Ch., XXXVII, 500, 599; XXXVIII, 641.
 Féréol, XXXVII, 159.
 Ferguson, John, XXXVIII, 671.
 Fernet, XXXVII, 483, 661.
 Ferrand, XXXVII, 528.
 Ferranini, A., XXXVII, 105; XXXVIII, 30.
 Ferreira, XXXVIII, 227.
 Fessler, Julius, XXXVII, 95; XXXVIII, 511.
 Festal, XXXVIII, 555.
 Feulard, XXXVII, 588, 661.
 Fick, XXXVII, 645; XXXVIII, 416.
 Fielitz, XXXVIII, 238.
 Fieux, XXXVIII, 598.

Finazzi, XXXVII, 475.
 Finger, XXXVII, 201, 661.
 Finkelnburg, XXXVIII, 491.
 Finkelstein, Anna, XXXVII, 563.
 Finkler, XXXVII, 528.
 Finlayson, James, XXXVIII, 143.
 Fischel, F., XXXVIII, 494.
 Fischer, XXXVII, 457, 484; XXXVIII, 95, 228, 232.
 Fischella, V., XXXVII, 588.
 Flaischlen, XXXVII, 542.
 Flamerdinghe, XXXVII, 622.
 Flatau, Th.-P., XXXVIII, 533.
 Flemming, W., XXXVII, 8.
 Fleury, XXXVII, 116.
 Flint, W.-H., XXXVIII, 524.
 Flora, XXXVIII, 160.
 Flothmann, XXXVIII, 196.
 Fokker, A.-P., XXXVII, 62.
 Forggler, Franz, XXXVII, 556.
 Forlanini, XXXVIII, 525.
 Forster, G., XXXVII, 115.
 Förster, XXXVII, 277.
 Fournier, A., XXXVII, 661; XXXVIII, 621, 623.
 Fournier, C., XXXVIII, 710.
 Fournioux, XXXVII, 101.
 Fowler, G.-R., XXXVII, 177, 258.
 Fox, XXXVII, 198, 578.
 Frane, XXXVII, 546.
 Franck, Fr., XXXVII, 30.
 François, XXXVII, 96, 477; XXXVIII, 51.
 Francotte, XXXVII, 506.
 Fraenkel, A., XXXVIII, 671.
 Fraenkel, Eug., XXXVII, 463; XXXVIII, 305.
 Fränkel, P., XXXVII, 433, 656.
 Fränkel, Sophie, XXXVII, 467; XXXVIII, 46.
 Fränkel, B., XXXVII, 652; XXXVIII, 101, 708.
 Frank, K., XXXVIII, 186.
 Frank, Jacob, XXXVII, 212.
 Franke, XXXVII, 288.
 Fräntzel, O., XXXVII, 89; XXXVIII, 141.
 Freund, W., XXXVIII, 176.
 Freund, C.-S., XXXVIII, 291, 543.
 Frey, M. von, XXXVII, 513.
 Freytag, C.-J. de, XXXVIII, 119.
 Friedmann, M., XXXVIII, 462, 541.
 Friedrich, W., XXXVIII, 108.
 Fröhner, XXXVIII, 120.
 Frœlich, Louis, XXXVIII, 215, 273.
 Frommel, XXXVII, 185.
 Frosch, XXXVIII, 118.
 Fubini, S., XXXVIII, 503.
 Fuerstner, XXXVIII, 629.
 Fukala, XXXVII, 638.
 Furnes, Willoughby, XXXVIII, 666.
 Fürst, M., XXXVII, 35.

G

Gabriel, S., XXXVIII, 447.
 Gabritchewsky, XXXVII, 63; XXXVIII, 430.
 Gaertner, F., XXXVIII, 486.
 Gaglio, G., XXXVII, 435.
 Galand, A., XXXVIII, 664.
 Galezowski, XXXVIII, 292.
 Gallemaerts, XXXVIII, 294.
 Galliard, XXXVII, 217, 692; XXXVIII, 150, 530.
 Gampietro, V., XXXVII, 133.
 Gangolphe, Michel, XXXVII, 244, 629, 634.
 Gans, Edgar, XXXVIII, 152.
 Garnier, L., XXXVII, 495.
 Garré, XXXVII, 487.
 Gascuel, XXXVII, 633.
 Gasparini, XXXVII, 640.
 Gasser, J., XXXVIII, 491.
 Gastou, P., XXXVIII, 571.
 Gaucher, XXXVII, 528, 568, 570, 661.
 Gaule, Justus, XXXVII, 425; XXXVIII, 65.
 Gautier, Léon, XXXVII, 662; XXXVIII, 194.
 Gavoy, XXXVIII, 526.
 Gayet, XXXVII, 282.
 Gee, Samuel, XXXVII, 116, 221, 565; XXXVIII, 535.
 Geffrier, XXXVIII, 312.
 Gehuchten, von, XXXVII, 415, 417.
 Geigel, XXXVII, 136; XXXVIII, 54.
 Geisler, Théo, XXXVIII, 40, 504.
 Georges, XXXVII, 145.
 Gérardin, Aug., XXXVII, 116.
 Gerber, XXXVII, 661.
 Gerhardt, C., XXXVIII, 132.
 Gerlach, XXXVII, 471.
 German, XXXVIII, 626.
 Germonig, Em., XXXVIII, 525.
 Giacomini, XXXVII, 593; XXXVIII, 643.
 Gianturco, XXXVII, 197.
 Gibney, XXXVII, 570.
 Gilbert, V., XXXVII, 481, 490; XXXVIII, 568, 587.
 Gilbert, XXXVII, 250.
 Gilles de la Tourette, XXXVII, 110, 126; XXXVIII, 134.
 Gilliam, XXXVII, 557.
 Gimbert, XXXVIII, 520.
 Ginard, C., XXXVIII, 77.
 Giovannini, S., XXXVII, 582; XXXVIII, 416.
 Girard, XXXVIII, 33.
 Giraudeau, XXXVII, 516.
 Girode, XXXVIII, 568, 586, 587.

Givre, XXXVIII, 509.
 Glæser, E., XXXVIII, 64.
 Glénard, Frantz, XXXVII, 159 ;
 XXXVIII, 150.
 Gluck, XXXVII, 209 ; XXXVIII, 288.
 Gley, E., XXXVIII, 509.
 Glueckziegel, XXXVIII, 108.
 Godlee, J.-Richmann, XXXVII, 247 ;
 XXXVIII, 680.
 Gœnner, XXXVIII, 599.
 Goeppert, XXXVIII, 16.
 Gofestre, XXXVIII, 167.
 Gold, XXXVIII, 228.
 Goldenberg, XXXVIII, 211.
 Goldflam, XXXVIII, 127.
 Goldmann, E., XXXVIII, 63, 244.
 Goldschmidt, XXXVIII, 146.
 Golgi, XXXVIII, 582.
 Gombault, XXXVIII, 325.
 Gondermann, XXXVII, 567.
 Gooch, James, XXXVII, 564.
 Goodall, E.-W., XXXVIII, 543, 549.
 Goodhart, XXXVII, 156, 160.
 Goodwillie, XXXVII, 652.
 Goodwin, R., XXXVIII, 436.
 Gordes, M., XXXVIII, 187.
 Gordon, John, XXXVII, 571 ; XXXVIII,
 510.
 Gorecki, XXXVII, 641.
 Gorodecki, H., XXXVII, 95.
 Gotch, F., XXXVII, 419.
 Gottlieb, R., XXXVIII, 457, 505.
 Gottstein, A., XXXVIII, 75, 81.
 Gould, Pearce, XXXVIII, 200.
 Goupil, XXXVII, 574, 661.
 Gouraud, XXXVII, 134.
 Gowers, XXXVIII, 128.
 Graham, XXXVII, 560.
 Gram, Christian, XXXVII, 469.
 Grammaticati, XXXVIII, 174.
 Grancher, XXXVII, 478 ; XXXVIII,
 220, 560.
 Grandis, V., XXXVIII, 44.
 Grandmaison, de, XXXVIII, 596.
 Grasset, J., XXXVII, 130, 140, 499.
 Gréhant, N., XXXVII, 81.
 Greiff, F., XXXVIII, 236.
 Greig, David, XXXVIII, 322.
 Grémaud, XXXVIII, 618.
 Griffith, Crozer, XXXVII, 514 ;
 XXXVIII, 245.
 Griffith, Hill., XXXVIII, 124.
 Grimm, XXXVIII, 588.
 Grocco, P., XXXVII, 156.
 Groenouw, XXXVII, 280.
 Gross, XXXVII, 601.
 Grossmann, Ad., XXXVIII, 238.
 Grundelach, C., XXXVII, 43.
 Grut, Hanson, XXXVII, 273, 637.
 Guaita, XXXVII, 568.
 Guelliot, C., XXXVII, 602 ; XXXVIII,
 324.
 Guéniot, XXXVII, 183.

Guiard, XXXVIII, 687.
 Guillemain, XXXVIII, 705.
 Guinard, L., XXXVII, 118, 470.
 Guinon, G., XXXVII, 131 ; XXXVIII,
 134, 325, 548.
 Guiraud, XXXVII, 113.
 Guldberg, G., XXXVII, 200.
 Gulland, Lowell, XXXVIII, 472.
 Gürber, XXXVII, 645.
 Guthrie, XXXVIII, 586.
 Guttierrez-Ponce, XXXVII, 647.
 Guttman, Paul, XXXVII, 486 ;
 XXXVIII, 101.
 Guyon, A., XXXVII, 251.

H

Haab, XXXVIII, 696.
 Haberlin, XXXVII, 546.
 Habershon, S.-H., XXXVIII, 575.
 Haccius, Ch., XXXVIII, 457.
 Haegler, C., XXXVII, 260.
 Haensell, XXXVII, 647.
 Hafkine, W.-M., XXXVII, 61.
 Hagenbach, XXXVIII, 204.
 Hahn, F., XXXVII, 653.
 Hahn, H., XXXVIII, 309.
 Hahn, Martin, XXXVIII, 489.
 Haig, Cl., XXXVII, 84.
 Haig, A., XXXVIII, 533.
 Hall, XXXVII, 661 ; XXXVIII, 274.
 Hallervorden, XXXVIII, 641.
 Halliburton, W., XXXVII, 44.
 Hallion, XXXVII, 621.
 Hallopeau, XXXVII, 574, 575, 582,
 661 ; XXXVIII, 95, 211, 216, 217,
 560, 616.
 Halm, XXXVII, 195.
 Hamburger, J., XXXVII, 421, 425.
 Hamburger, H., XXXVII, 447.
 Hamilton, J., XXXVII, 145.
 Hamilton, W.-D., XXXVII, 185.
 Hammarsten, XXXVIII, 458.
 Hammerschlag, A., XXXVII, 449 ;
 XXXVIII, 73.
 Hammond, XXXVIII, 143, 249.
 Hamon, A., XXXVII, 487.
 Hanau, Arthur, XXXVII, 596.
 Handford, H., XXXVIII, 579.
 Hanot, V., XXXVII, 151, 566, 661 ;
 XXXVIII, 324, 700.
 Hansemann, David, XXXVII, 151 ;
 XXXVIII, 477.
 Hardaway, XXXVII, 192.
 Harby, XXXVII, 148 ; XXXVIII, 131.
 Harnach, XXXVIII, 448.
 Harries, XXXVII, 486.
 Harris, XXXVII, 236.
 Harrison-Young, XXXVIII, 221.
 Hart, Berry, XXXVII, 184.
 Hart, Ernest, XXXVII, 600.

- Hartleib, XXXVII, 80.
 Hartmann, H., XXXVII, 43, 226 ;
 XXXVIII, 321.
 Hartog, XXXVIII, 319.
 Hartwell, J.-A., XXXVIII, 435.
 Haultain, XXXVII, 179 ; XXXVIII,
 594.
 Haushalter, XXXVII, 134, 188 ;
 XXXVIII, 584.
 Havage, XXXVIII, 547.
 Havelburg, W., XXXVIII, 43.
 Hawkins, Hubert, XXXVIII, 200.
 Haycraft, J.-B., XXXVIII, 425, 433.
 Hayem, G., XXXVII, 289 ; XXXVIII,
 519.
 Head, Henry, XXXVII, 31.
 Heckel, XXXVIII, 325.
 Hecker, XXXVIII, 95.
 Hédou, T., XXXVIII, 515.
 Hedrich, XXXVII, 242, 246, 616.
 Heffter, A., XXXVII, 442.
 Heimaun, P., XXXVIII, 648.
 Heinz, R., XXXVII, 83 ; XXXVIII,
 89.
 Heisrath, XXXVIII, 291, 697.
 Helferich, XXXVIII, 659.
 Helm, XXXVIII, 298.
 Hénault, J., XXXVIII, 104.
 Hennequin, XXXVIII, 286.
 Hennig, Arthur, XXXVII, 524.
 Hénoc, XXXVII, 564 ; XXXVIII,
 206.
 Hénocque, XXXVIII, 242.
 Henrot, XXXVII, 546.
 Henry, M^{me}, XXXVIII, 609.
 Hepburn, XXXVII, 418.
 Herczel, XXXVIII, 652.
 Herff, Otto, XXXVIII, 191.
 Hergenkahn, E., XXXVII, 37.
 Héricourt, J., XXXVII, 479 ; XXXVIII,
 487, 520.
 Hering, Theod., XXXVIII, 305, 693.
 Herman, G.-E., XXXVII, 548.
 Hermite, XXXVIII, 607.
 Hern, John, XXXVIII, 677.
 Herringham, W., XXXVIII, 153.
 Hertel, XXXVIII, 512.
 Hervé, XXXVII, 630.
 Hervieux, XXXVII, 113.
 Herzen, A., XXXVIII, 31, 573.
 Hess, K., XXXVII, 53, 281, 286 ;
 XXXVIII, 474.
 Hesselbach, XXXVII, 84.
 Heurtaux, XXXVIII, 252.
 Heydenreich, A., XXXVII, 610 ;
 XXXVIII, 273, 275.
 Heymann, P., XXXVII, 572 ; XXXVIII,
 101.
 Higgs, XXXVIII, 293.
 Hildebrandt, XXXVII, 87 ; XXXVIII,
 63.
 Hildebrand, XXXVII, 609, 633.
 Hillemand, XXXVII, 10.
 Hippel, von, XXXVII, 497 ; XXXVIII,
 697.
 Hirschberg, XXXVII, 645 ; XXXVIII,
 300.
 Hirschfeld, E., XXXVII, 432, 661 ;
 XXXVIII, 33, 576.
 Hirschheydt von, XXXVIII, 514.
 Hirschler, XXXVIII, 79.
 His, W., XXXVII, 3, 12, 407 ;
 XXXVIII, 410.
 Hoche, A., XXXVIII, 638.
 Hochsinger, XXXVIII, 202.
 Hochstetter, XXXVII, 6.
 Hoffmann, A., XXXVII, 486.
 Hoffmann, Eg., XXXVIII, 245, 255.
 Hoffmann, J., XXXVII, 237 ; XXXVIII,
 640.
 Hoffmann, N., XXXVIII, 30, 324.
 Hofmann, E. von, XXXVII, 478.
 Hofmoki, XXXVII, 661.
 Holmes, B., XXXVIII, 527.
 Holst, Otto von, XXXVII, 590, 661.
 Holtz, M., XXXVII, 458.
 Homen, XXXVIII, 466.
 Honigmann, XXXVIII, 152.
 Hooper, F., XXXVII, 423 ; XXXVIII,
 308.
 Hoppe-Seyler, G., XXXVII, 439.
 Horweg, J.-L., XXXVII, 427.
 Horsley, V., XXXVII, 419, 605.
 Horton-Smith, XXXVIII, 436.
 Hospital, XXXVIII, 632.
 Houssay, XXXVIII, 11.
 Howell, W.-H., XXXVIII, 422.
 Hoyer, XXXVIII, 2.
 Huber, Arnim, XXXVIII, 135.
 Huber, G.-C., XXXVIII, 422.
 Huchard, H., XXXVII, 105, 107, 126.
 Hüchel, XXXVIII, 325.
 Hudelo, XXXVIII, 624.
 Hue, XXXVII, 570.
 Hughes, XXXVII, 101.
 Hugounenq, Louis, XXXVII, 476 ;
 XXXVIII, 86, 95.
 Huguenin, XXXVII, 137.
 Humbert, XXXVII, 586 ; XXXVIII,
 692.
 Hume, G., XXXVIII, 671.
 Humphry, XXXVIII, 21.
 Hunter, W., XXXVII, 30, 154,
 XXXVIII, 147, 233.
 Hürthle, K., XXXVII, 28.
 Hutinel, XXXVIII, 560.
 Hyde, XXXVII, 661.

I

- Ikeda, J., XXXVII, 175.
 Imerwal, V., XXXVIII, 127.
 Imrédy, XXXVIII, 108.

Isaac, O., XXXVIII, 226.
 Israel, James, XXXVIII, 680, 685.
 Israel, O., XXXVIII, 461, 475.
 Iversen, XXXVIII, 679.

J

Jaboulay, XXXVII, 78; XXXVIII, 268.
 Jaccoud, XXXVIII, 302.
 Jacoby, C., XXXVII, 85.
 Jacquemart, L., XXXVIII, 109.
 Jacquet, XXXVIII, 212, 617.
 Jadassohn, I., XXXVII, 194, 195, 589, 662.
 Jager, XXXVIII, 29.
 Jaksch, von, XXXVII, 42.
 Jakowlen, XXXVIII, 221.
 Jakubowska, XXXVII, 541.
 Janosik, XXXVII, 17.
 Janowski, XXXVIII, 491.
 Janselme, XXXVIII, 217.
 Jardet, XXXVIII, 615.
 Jaworski, XXXVIII, 574.
 Jeannel, XXXVII, 538; XXXVIII, 183.
 Jeanselme, XXXVIII, 616.
 Jeanty, J.-M., XXXVIII, 704.
 Jendrassik, Ernst, XXXVIII, 532.
 Jenkins, Th., XXXVII, 561.
 Jentzer, XXXVII, 184; XXXVIII, 599.
 Jessen, XXXVII, 424.
 Joal, XXXVIII, 566.
 Joas, XXXVIII, 471.
 Jœnicke, XXXVII, 95.
 Joffroy, XXXVIII, 325.
 Johannsen, XXXVIII, 568.
 Johannson, J., XXXVII, 424.
 John, C., XXXVIII, 42.
 Jolles, Ad., XXXVII, 41, 45, 438; XXXVIII, 455.
 Jones, Dixon, A., XXXVII, 174, 257; XXXVIII, 249.
 Jones, Robert, XXXVIII, 643, 648.
 Josserand, XXXVII, 662.
 Jouis, XXXVIII, 628.
 Juergens, XXXVIII, 60.
 Juhel-Rénoy, XXXVII, 149, 200.
 Jullien, XXXVII, 573.
 Julliard, XXXVII, 662; XXXVIII, 243.
 Jumon, XXXVIII, 325.

K

Kabrehl, G., XXXVII, 447.
 Kaestner, S., XXXVIII, 402.
 Kahlden, V., XXXVIII, 62, 633.

Kahler, XXXVIII, 589.
 Kafemann, R., XXXVIII, 700.
 Kalashnikoff, XXXVIII, 229.
 Kalischer, A., XXXVIII, 586.
 Kanthack, A., XXXVIII, 617.
 Kaposi, XXXVII, 194; XXXVIII, 611.
 Kappeler, J., XXXVII, 484.
 Karewski, XXXVII, 249.
 Karg, XXXVII, 662.
 Karlinski, XXXVII, 70, 458; XXXVIII, 494.
 Kart, XXXVIII, 84.
 Kartulis, XXXVII, 525.
 Kast, XXXVII, 41, 574.
 Katz, L., XXXVIII, 411.
 Kaupé, W., XXXVIII, 501.
 Kayser, R., XXXVII, 422.
 Keegan, XXXVII, 573.
 Keen, W., XXXVII, 212, 603; XXXVIII, 653.
 Keetley, XXXVII, 623.
 Kehr, XXXVII, 257.
 Keibel, XXXVII, 15.
 Keith, Thomas, XXXVIII, 601.
 Keller, XXXVIII, 195.
 Kellner, XXXVII, 96.
 Kelsch, XXXVIII, 80.
 Kepler, XXXVII, 540.
 Keppler, XXXVIII, 174.
 Kéraval, XXXVIII, 636.
 Kerley, XXXVII, 528.
 Kernig, XXXVII, 145.
 Kerry, R., XXXVIII, 46.
 Key, Axel, XXXVII, 496.
 Key-Alberg, Algo, XXXVII, 54.
 Killian, Gust., XXXVII, 655.
 Kimmel, J.-H., XXXVII, 495.
 Kinniel, XXXVII, 600.
 Kirchner, M., XXXVIII, 494.
 Kirmisson, E., XXXVII, 259; XXXVIII, 279, 520, 664.
 Kitasato, XXXVII, 456; XXXVIII, 76.
 Kitt, Th., XXXVII, 77.
 Kjellberg, XXXVIII, 640.
 Klebs, E., XXXVIII, 50, 57, 131.
 Klein, E., XXXVIII, 584.
 Klein, J., XXXVIII, 30.
 Klein, G., XXXVIII, 195.
 Kliegl, von, XXXVII, 246.
 Klug, F., XXXVII, 431; XXXVIII, 40.
 Knapp, XXXVII, 286.
 Knight, C., XXXVIII, 302.
 Knoblauch, Cl., XXXVII, 500.
 Knorr, R., XXXVIII, 232.
 Knott, Th., XXXVII, 154.
 Knox, D., XXXVIII, 208, 648.
 Knudsen, XXXVIII, 120.
 Kobert, XXXVII, 86; XXXVIII, 85, 87, 90.
 Koch, Paul, XXXVIII, 313.

Kocher, Th., XXXVII, 247, 623.
 Kock, XXXVII, 692.
 Kocks, XXXVII, 551.
 Kœbner, XXXVIII, 227.
 Kœhler, A., XXXVII, 230 ; XXXVIII, 666.
 Kœhler, R., XXXVII, 89, 217 ; XXXVIII, 282, 644.
 Kœlliker, A., XXXVII, 404, 406.
 Kœnig, XXXVII, 219, 282 ; XXXVIII, 238, 527, 678.
 Kœppen, M., XXXVIII, 607.
 Kœttnitz, Albin, XXXVIII, 155.
 Kohn, XXXVIII, 214.
 Kollmann, C., XXXVII, 9, 469 ; XXXVIII, 405.
 Konow, XXXVII, 28.
 Koplik, XXXVII, 573.
 Koranyi, F. von, XXXVII, 498 ; XXXVIII, 418.
 Korzinski, v. XXXVIII, 574.
 Koritschoner, XXXVIII, 505, 524.
 Korosi, Josef, XXXVII, 498.
 Kostanecki, K. v, XXXVII, 55.
 Kostiurine, XXXVIII, 78.
 Kovalevski, P., XXXVII, 596.
 Kowalevsky, N., XXXVIII, 44.
 Kraft, H., XXXVII, 34.
 Krainsky, XXXVIII, 78.
 Krakauer, XXXVIII, 308.
 Kranzfeld, G., XXXVII, 231.
 Kraske, XXXVII, 662.
 Kratter, J., XXXVIII, 239.
 Kraus, XXXVII, 61 ; XXXVIII, 560.
 Krause, H., XXXVII, 25.
 Krause, R., XXXVII, 11.
 Krauss, W.-C., XXXVIII, 254.
 Krecke, A., XXXVII, 621.
 Krehl, XXXVII, 528 ; XXXVIII, 468.
 Kriege, H., XXXVIII, 638.
 Krœnfeld, XXXVIII, 228.
 Krœnlein, XXXVII, 217 ; XXXVIII, 245.
 Kromayer, XXXVII, 196.
 Krukenberg, Hermann, XXXVII, 592.
 Kruse, W., XXXVII, 48 ; XXXVIII, 313.
 Krug, F., XXXVII, 173.
 Kruinmacher, Otto, XXXVII, 430.
 Kubassof, XXXVII, 463.
 Kuehn, R., XXXVIII, 631.
 Kuehn, Julius, XXXVII, 583.
 Kuemmell, XXXVIII, 251, 254.
 Kuester, E., XXXVII, 251 ; XXXVIII, 255.
 Kuestner, C., XXXVIII, 186.
 Kugel, XXXVII, 637, 639.
 Kühne, W., XXXVII, 67.
 Külz, E., XXXVII, 37, 82.
 Kumagawa, XXXVIII, 42.
 Kümmell, XXXVII, 535 ; XXXVIII, 281, 482.

Kummer, E., XXXVII, 602 ; XXXVIII, 282, 652.
 Kundrat, XXXVIII, 676.
 Kupffer, XXXVIII, 8.
 Kurz, E., XXXVIII, 703.

L

Laborde, XXXVIII, 94, 100, 489.
 Labougle, XXXVII, 266.
 Lacaze-Duthiers, XXXVII, 255.
 Lacoarret, XXXVIII, 709.
 Lacroix, XXXVII, 52 ; XXXVIII, 652.
 Ladame, XXXVII, 126, 590 ; XXXVIII, 632.
 Lafon, G., XXXVII, 623.
 Lagrange, XXXVII, 647 ; XXXVIII, 481.
 Laguesse, E., XXXVII, 416.
 Lailier, XXXVII, 662.
 Lampiasi, XXXVII, 607.
 Lancereaux, E., XXXVII, 120 ; XXXVIII, 91, 222, 224, 325, 625.
 Lanery, XXXVIII, 111.
 Landau, Léopold, XXXVII, 535 ; XXXVIII, 611.
 Lande, XXXVII, 248.
 Landerer, A., XXXVII, 267.
 Landgraf, XXXVII, 426 ; XXXVIII, 101.
 Landi, L., XXXVII, 547 ; XXXVIII, 107, 153.
 Landois, L., XXXVIII, 70.
 Landolt, XXXVII, 270, 271.
 Landouzy, XXXVIII, 556, 560.
 Landow, M., XXXVII, 651.
 Landsberg, XXXVIII, 167.
 Lane, Arbuthnot, XXXVII, 274 ; XXXVIII, 644, 648, 666, 677.
 Lang, XXXVIII, 153, 230.
 Lange, F., XXXVIII, 71.
 Langenbuch, XXXVIII, 259.
 Langerhans, R., XXXVIII, 48.
 Langgaard, XXXVII, 472.
 Langley, J.-N., XXXVII, 26 ; XXXVIII, 420, 421, 506.
 Langlois, P., XXXVIII, 28.
 Lannelongue, XXXVII, 57, 78, 234 ; XXXVIII, 63, 79, 252, 285, 656.
 Lannois, XXXVII, 500, 569.
 Laquer, Benno, XXXVIII, 701.
 Laquer, Leop., XXXVIII, 127.
 Laskine, XXXVII, 183.
 Lassale, XXXVIII, 594.
 Latis, R., XXXVII, 75 ; XXXVIII, 495.
 Latschenberger, XXXVIII, 40.
 Laudon, XXXVII, 568.
 Lauenstein, XXXVII, 237, 633.

- Laulanié, XXXVIII, 65.
 Laurent, Em., XXXVII, 465.
 Laurie, XXXVIII, 532.
 Laveran, XXXVII, 148; XXXVIII, 157, 162, 582.
 Lawson, George, XXXVII, 212.
 Lea, S., XXXVIII, 436.
 Le Bœuf, XXXVIII, 441.
 Leboucq, XXXVII, 627.
 Le Dantee, XXXVII, 107; XXXVIII, 476.
 Le Dentu, 236, 575, 614, 612; XXXVIII, 50, 245, 529, 680.
 Le Diberder, XXXVIII, 130.
 Lefèvre, XXXVII, 582, 662.
 Leferts, XXXVIII, 308.
 Leflaive, XXXVII, 95.
 Le Fort, XXXVII, 220; XXXVIII, 323.
 Legrand, L., XXXVII, 257.
 Legroux, XXXVII, 571.
 Legueu, F., XXXVIII, 685.
 Lehmann, XXXVII, 424.
 Lehrnbecher, XXXVIII, 321, 554.
 Leishman, Thomas, XXXVII, 212.
 Lejars, XXXVII, 410; XXXVIII, 14.
 Lejonne, Henri, XXXVII, 527.
 Le Joubieux, E., XXXVII, 126.
 Leloir, XXXVII, 662; XXXVIII, 616.
 Leloup, XXXVII, 87.
 Lemaire, XXXVII, 133.
 Lemke, XXXVII, 631; XXXVIII, 655.
 Lemoine, G., XXXVII, 41, 133; XXXVIII, 64.
 Lenhossek, XXXVIII, 401.
 Leopold, XXXVIII, 179, 189.
 Lépine, R., XXXVII, 480; XXXVIII, 35.
 Leplat, XXXVIII, 293.
 Leprévost, XXXVIII, 185.
 Lermoyez, XXXVIII, 304.
 Lesbne, XXXVII, 1.
 Leser, XXXVII, 662.
 Lespinne, XXXVIII, 616.
 Lesshaft, XXXVIII, 675.
 Létienne, A., XXXVII, 526.
 Letulle, XXXVII, 144, 523; XXXVIII, 461.
 Letzerich, XXXVIII, 71.
 Leuch, XXXVIII, 513.
 Leudet, XXXVIII, 314.
 Levi, XXXVII, 207.
 Levy, W., XXXVII, 89.
 Lewaschew, S., XXXVIII, 103, 106.
 Lewandowsky, XXXVIII, 45.
 Lewin, XXXVIII, 480.
 Leyden, XXXVIII, 60.
 Lichtheim, XXXVIII, 480.
 Lichtwitz, XXXVII, 633.
 Liebreich, O., XXXVII, 47, 95; XXXVIII, 101.
 Lincoln, XXXVIII, 308.
 Lindström, XXXVII, 205.
 Linder, H., XXXVII, 251.
 Lion, XXXVII, 200.
 Lippmann, XXXVII, 95.
 Lissauer, XXXVII, 598.
 Litten, XXXVII, 221; XXXVIII, 619.
 Livon, Ch., XXXVII, 27.
 Lluria, XXXVIII, 688.
 Lockwood, B., XXXVIII, 677.
 Lœffler, F., XXXVIII, 108, 112.
 Laennberg, J., XXXVIII, 448.
 Löwenfeld, L., XXXVIII, 551.
 Löwenthal, Hugo, XXXVII, 108, 206; XXXVIII, 227.
 Löwenstein, XXXVII, 662.
 Löwy, A., XXXVII, 420.
 Löwit, XXXVIII, 471.
 Loissnel, XXXVII, 159.
 Lojanoco, Liborio, XXXVII, 528.
 Lombard, Warren, XXXVII, 429.
 Lombardi, XXXVIII, 688.
 Loomis, XXXVIII, 476.
 Lorenz, A., XXXVII, 228; XXXVIII, 127, 572.
 Loriga, XXXVII, 70.
 Lostalot-Bachoué, XXXVII, 173.
 Lotz, XXXVIII, 301.
 Louazel, XXXVIII, 325.
 Louis, XXXVIII, 257.
 Loumeau, XXXVIII, 685.
 Lowett, R.-W., XXXVIII, 648.
 Lowit, XXXVII, 49.
 Lubarsch, XXXVII, 446.
 Lubarski, XXXVIII, 221.
 Lublinski, XXXVIII, 101.
 Lucas, Clément, XXXVIII, 680.
 Lucatello, Luigi, XXXVII, 441.
 Luciani, L., XXXVIII, 438.
 Lüderitz, Carl, XXXVII, 434.
 Ludwig, XXXVIII, 96.
 Luecke, A., XXXVII, 653.
 Lumbroso, Giacomo, XXXVII, 109; XXXVIII, 541.
 Lusk, XXXVII, 184.
 Lustgarten, S., XXXVII, 576, 587.
 Lustig, A., XXXVII, 496.
 Luther, XXXVII, 439.
 Luzet, XXXVII, 150; XXXVIII, 203, 603.
 Lydston, L., XXXVII, 617.
 Lyonnet, B., XXXVII, 522.
 Lyot, XXXVII, 663.

M

- Mac Donnell, XXXVIII, 555.
 Mac Ewen, XXXVII, 627.
 Machiavara, XXXVIII, 326.
 Mc Graw, Th., XXXVII, 240.
 Mackendrick, J., XXXVIII, 513.

- Mackenzie, Stephen, XXXVIII, 553.
 Mackie, W., XXXVII, 223.
 Mackness, Owen, XXXVII, 136.
 Macnamara, XXXVII, 283.
 Macon, XXXVIII, 664.
 Macweeney, Ed., XXXVII, 88.
 Macwilliam, XXXVIII, 447.
 Maerle, XXXVII, 104.
 Maffucci, Angelo, XXXVII, 67, 451.
 Magnan, XXXVIII, 233.
 Mairet, XXXVII, 590; XXXVIII, 88, 487, 510.
 Major, XXXVIII, 707.
 Makins, XXXVIII, 404.
 Mall, F.-P., XXXVIII, 27, 403.
 Mallèvre, A., XXXVII, 420.
 Malm, XXXVII, 74.
 Manchot, C., XXXVII, 50.
 Manfredi, L., XXXVIII, 76.
 Mangelot, XXXVIII, 111.
 Mannaberg, XXXVII, 525.
 Manssurow, XXXVIII, 220, 221.
 Mapother, E., XXXVIII, 620.
 Maragliano, XXXVIII, 53.
 Marandon de Montyel, XXXVIII, 88.
 Marchand, XXXVII, 249; XXXVIII, 61.
 Marchand, F., XXXVII, 52.
 Marchiafava, XXXVIII, 158.
 Marfan, XXXVII, 145, 203, 522.
 Marfori, Pio, XXXVII, 85.
 Mariage, XXXVII, 570.
 Marianelli, XXXVII, 662.
 Marie, P., XXXVII, 134; XXXVIII, 139.
 Marie, XXXVIII, 637.
 Marinesco, XXXVII, 508; XXXVIII, 55.
 Marino, Salomone, XXXVIII, 582.
 Marino, Salvatore, XXXVII, 136.
 Marlier, XXXVII, 230.
 Marlow, XXXVII, 587.
 Marotte, A., XXXVIII, 106.
 Marque, XXXVII, 511.
 Marshall, G., XXXVII, 485.
 Martin, H., XXXVII, 662.
 Martin, XXXVIII, 479, 636.
 Martin, A., XXXVII, 251; XXXVIII, 179.
 Martin, H., XXXVIII, 560.
 Martin du Magny, XXXVII, 662.
 Martin-Durr, XXXVIII, 555.
 Martini, Piazza, XXXVII, 151.
 Martinotti, G., XXXVII, 76; XXXVIII, 475.
 Martins, XXXVII, 87.
 Marxow, XXXVII, 419.
 Masini, G., XXXVIII, 29, 440, 529.
 Massalongo, R., XXXVII, 156, 560.
 Massart, G., XXXVII, 60.
 Massei, XXXVII, 658; XXXVIII, 708.
 Massey, XXXVIII, 257.
 Mathieu, XXXVII, 137, 662.
 Matoni, F., XXXVIII, 30.
 Matthes, XXXVIII, 508.
 Matton, XXXVIII, 613.
 Maunoury, XXXVIII, 252.
 Mauny, XXXVIII, 266.
 Maurel, XXXVIII, 581.
 Maurer, XXXVII, 15.
 Maurin, XXXVII, 570.
 Maximowitsch, XXXVIII, 26.
 May, XXXVII, 242.
 Mayer, S., XXXVIII, 13.
 Mayer, XXXVII, 662.
 Mayet, XXXVII, 8; XXXVIII, 534.
 Maylard, XXXVIII, 671.
 Mazza, XXXVIII, 228.
 Mazzotti, Luigi, XXXVII, 154.
 M'Coy, G.-T., XXXVII, 552.
 Meadows, XXXVIII, 648.
 Mégnin, XXXVIII, 476.
 Meinert, E., XXXVIII, 568.
 Melville-Wassermann, XXXVIII, 502.
 Ménard, XXXVII, 458.
 Menche, XXXVIII, 507.
 Mendel, XXXVIII, 545.
 Mendelssohn, XXXVIII, 134.
 Ménétrier, XXXVII, 141.
 Menge, XXXVII, 590.
 Ménos, XXXVII, 580.
 Mercier, C., XXXVII, 267; XXXVIII, 202.
 Merklen, XXXVII, 235.
 Meschede, XXXVIII, 636.
 Mesnard, XXXVII, 528.
 Mester, XXXVIII, 84.
 Metchnikoff, El., XXXVII, 74, 81.
 Meunier, Albin, XXXVIII, 91.
 Meyer, L., XXXVIII, 298.
 Meyer, XXXVII, 662.
 Meyer, Jules, XXXVII, 520.
 Meyer, H., XXXVIII, 415.
 Meyer, P., XXXVIII, 199.
 Meyer, Willy, XXXVIII, 529.
 Mibelli, XXXVII, 199.
 Miceli, XXXVII, 204.
 Michalewitsch, XXXVIII, 230.
 Michaut, XXXVII, 662.
 Michaux, XXXVIII, 265.
 Michelson, P., XXXVIII, 212, 213.
 Mielecki, A. von, XXXVII, 55.
 Miethke, XXXVIII, 210.
 Miette, XXXVIII, 181.
 Mignon, XXXVII, 265.
 Mikulicz, XXXVII, 617.
 Miles, D., XXXVII, 212.
 Miller, A.-J., XXXVII, 211, 228, 236, 616.
 Milton, XXXVII, 608.
 Mink, G.-J., XXXVII, 425.
 Minor, XXXVIII, 325.
 Miquel, P., XXXVII, 439.

Mirovitch, Elie, XXXVIII, 285.
 Mirto, G., XXXVII, 129.
 Miura, K., XXXVIII, 416.
 Modigliano, XXXVIII, 127.
 Moebius, P.-J., XXXVIII, 134.
 Möeli, C., XXXVII, 500.
 Möeller, XXXVIII, 222.
 Moingeard, A., XXXVII, 498.
 Moissan, XXXVII, 495.
 Molènes, de, XXXVIII, 623.
 Moncorgé, XXXVIII, 131.
 Moncorvo, XXXVII, 567; XXXVIII, 227.
 Monat, XXXVII, 261.
 Monod, XXXVIII, 325.
 Montané, XXXVIII, 477.
 Montgomerie, XXXVIII, 313.
 Montaz, XXXVII, 264; XXXVIII, 302, 655.
 Moos, XXXVIII, 741.
 Moran, XXXVII, 96.
 Morat, P.-J., XXXVIII, 25, 490.
 Moreau, Louis, XXXVIII, 122.
 Morel, XXXVII, 563; XXXVIII, 583.
 Morel-Lavallée, A., XXXVIII, 618.
 Morgan, XXXVII, 563.
 Morin, XXXVIII, 670.
 Moritz, Fritz, XXXVII, 440.
 Morpurgo, XXXVII, 445.
 Morris, Malcolm, XXXVII, 187.
 Morrow, XXXVII, 197.
 Morselli, E., XXXVII, 528, 600.
 Morvan, XXXVIII, 324, 325, 326.
 Mosetig-Moorhof, XXXVIII, 529.
 Mosler, XXXVII, 160.
 Mosny, XXXVII, 141; XXXVIII, 476.
 Mosso, Ugo, XXXVII, 450, 466.
 Mossu, XXXVII, 26.
 Motais, XXXVII, 638.
 Mott, W., XXXVII, 22.
 Moty, XXXVIII, 272.
 Moure, J., XXXVII, 649; XXXVIII, 223, 710.
 Mourgues, XXXVIII, 94.
 Mühsam, J., XXXVII, 27.
 Mueller, H.-F., XXXVIII, 470, 473.
 Mueller, P., XXXVIII, 177.
 Müller, C., XXXVII, 577.
 Muller, XXXVII, 270.
 Muller-Lyer, XXXVIII, 134.
 Mundé, P., XXXVII, 537.
 Munk, T., XXXVII, 432; XXXVIII, 94, 438.
 Munk, Hermann, XXXVII, 22.
 Muret, M., XXXVII, 183.
 Murray, XXXVII, 180, 237, 557.
 Murrey, XXXVII, 656.
 Mussi, U., XXXVIII, 233.
 Mya, XXXVIII, 567.
 Myers, Halsted, XXXVIII, 648.
 Mygind, Holger, XXXVII, 588.

N

Nagel, W., XXXVII, 417; XXXVIII, 180, 610.
 Nannotti, Angelo, XXXVII, 629.
 Napier, Alex., XXXVIII, 671.
 Natier, XXXVIII, 223.
 Nauwerck, XXXVIII, 49.
 Nawrocki, P., XXXVIII, 20.
 Nékam, Ludwig, XXXVIII, 120.
 Neovius, XXXVIII, 105.
 Nepveu, XXXVIII, 58.
 Neidert, XXXVII, 526.
 Neisser, A., XXXVII, 101.
 Nencki, XXXVIII, 39.
 Ness, Barclay, XXXVIII, 139.
 Netter, XXXVII, 118, 149; XXXVIII, 144, 617.
 Neuberger, J., XXXVIII, 96.
 Neumann, E., XXXVIII, 47, 234, 707.
 Neveu, Victor, XXXVIII, 665.
 Newman, D., XXXVIII, 666.
 Nicaise, XXXVIII, 290.
 Nicati, XXXVIII, 408.
 Nicolas, XXXVIII, 17, 21, 415.
 Nieden, XXXVII, 280.
 Nielsen, XXXVIII, 518.
 Nikiforoff, XXXVIII, 472.
 Nissen, XXXVIII, 74.
 Nitschmann, XXXVIII, 105.
 Nocard, XXXVIII, 560, 616.
 Nœggerath, XXXVIII, 181.
 Noguès, XXXVII, 96.
 Noiszewski, XXXVIII, 698.
 Nonne, XXXVII, 500; XXXVIII, 545.
 Noorden, XXXVII, 145.
 Novi, XXXVII, 435.
 Nowack, XXXVIII, 69.
 Noyes, A., XXXVII, 193; XXXVIII, 694.
 Nuel, J.-P., XXXVII, 412, 636.
 Nykamp, XXXVIII, 306.

O

Obalinski, XXXVIII, 681.
 Obermüller, K., XXXVII, 441.
 Oddi, R., XXXVII, 59; XXXVIII, 24, 27, 465.
 Oehl, E., XXXVIII, 442.
 Elkers, M., XXXVII, 47.
 Ottinger, XXXVII, 533.
 Oliver, Charles, XXXVII, 598, 608; XXXVIII, 141.
 Oliver, Thomas, XXXVIII, 518.
 Ollier, XXXVIII, 282.

Olshausen, XXXVII, 542.
 Omori, H., XXXVII, 175.
 Onanoff, XXXVIII, 139.
 Oppenheim, H., XXXVII, 123, 217;
 XXXVIII, 538, 644.
 Oppenheimer, XXXVIII, 156.
 Ord, William, XXXVIII, 142, 578.
 Oriou, XXXVIII, 52.
 Orlow, XXXVII, 565; XXXVIII, 78.
 Orthmann, E.-G., XXXVIII, 195.
 Ost, H., XXXVII, 440.
 Ostermayer, N., XXXVIII, 632.
 Ott, Dmitri, XXXVII, 171.
 Otto, XXXVII, 594.
 Ouskov, N.-V., XXXVII, 9.

P

Page, XXXVII, 607; XXXVIII, 597.
 Paget, Stephen, XXXVIII, 644.
 Palmberg, Albert, XXXVII, 487.
 Paltauf, XXXVII, 662.
 Panas, XXXVIII, 293, 705.
 Pansini, J., XXXVIII, 52.
 Pantzer, XXXVIII, 189.
 Papuli, XXXVII, 83.
 Para, XXXVIII, 167.
 Parietti, Emilio, XXXVIII, 490.
 Parinaud, XXXVII, 270.
 Parisot, XXXVII, 485.
 Parker, R., XXXVIII, 313.
 Parmentier, E., XXXVII, 131, 506,
 566.
 Parona, F., XXXVII, 224.
 Parvin, XXXVII, 548.
 Passalacqua, A., XXXVII, 583.
 Patella, XXXVII, 526; XXXVIII, 567.
 Paton, Noël, XXXVII, 38.
 Patrzek, XXXVII, 96.
 Paula, de, XXXVII, 271.
 Pavesi, Camille, XXXVII, 39.
 Pawinski, J., XXXVIII, 55.
 Pawlow, J., XXXVIII, 31, 225.
 Payne, J.-F., XXXVII, 189; XXXVIII,
 614.
 Péan, XXXVII, 611, 662; XXXVIII,
 644, 659.
 Pekelharing, XXXVIII, 469, 495.
 Peiper, Erich, XXXVII, 59; XXXVIII,
 445.
 Pel, P.-K., XXXVIII, 132.
 Pellizari, Celso, XXXVIII, 589, 662.
 Peltier, XXXVII, 580.
 Penrose, Ch., XXXVII, 634.
 Pensuti, XXXVII, 70.
 Pepper, Edouard, XXXVIII, 158.
 Pepper, W., XXXVII, 514.
 Perdrix, Léon, XXXVIII, 497.
 Péré, XXXVIII, 113.
 Peret-Gilbert, XXXVIII, 652.
 Périer, XXXVII, 233; XXXVIII, 265.
 Perman, E.-S., XXXVII, 245.
 Pernice, B., XXXVII, 59, 141;
 XXXVIII, 472.
 Perret, S., XXXVII, 566, 568;
 XXXVIII, 509, 554.
 Perrin, XXXVII, 208.
 Pescarolo, XXXVIII, 443.
 Petresco, Z., XXXVIII, 104.
 Petersen, XXXVII, 96.
 Peterson, XXXVII, 189.
 Petit, XXXVIII, 623.
 Petit, E., XXXVIII, 502.
 Petit, J.-B., XXXVIII, 288.
 Petri, XXXVIII, 501.
 Petrini, XXXVII, 650.
 Pétrovitch, Sava, XXXVIII, 253.
 Peugniez, XXXVIII, 710.
 Peyer, Alexandre, XXXVII, 510;
 XXXVIII, 129, 277.
 Peyre, XXXVIII, 191.
 Pfeiffer, Emile, XXXVIII, 576.
 Pfeiffer, Ludwig, XXXVII, 48;
 XXXVIII, 49.
 Pfender, Albert, XXXVIII, 287.
 Pfister, XXXVII, 4.
 Pfitzner, XXXVIII, 22.
 Pflueger, XXXVII, 646.
 Pfluhl, XXXVIII, 321.
 Phelps, XXXVII, 212, 225, 230, 264.
 Phillips, Sydney, XXXVIII, 160.
 Phillipson, L., XXXVII, 189, 190,
 191.
 Phisalix, C., XXXVII, 8.
 Piazza, Martini, XXXVIII, 124.
 Pic, XXXVII, 55.
 Pick, XXXVII, 662; XXXVIII, 434,
 620, 637.
 Picq, XXXVII, 113, 480; XXXVIII,
 520.
 Picqué, XXXVIII, 265.
 Piffard, XXXVII, 576.
 Piggott, XXXVII, 227.
 Pilcher, L.-S., XXXVII, 264.
 Pilliet, A.-N., XXXVII, 409, 594;
 XXXVIII, 15, 86, 139, 609.
 Pinard, XXXVIII, 520.
 Pineles, F., XXXVII, 422.
 Pincus, XXXVII, 640.
 Pini, T., XXXVII, 101.
 Pipping, W., XXXVII, 44, 560.
 Pisenti, XXXVII, 159.
 Pitres, A., XXXVIII, 134, 550.
 Planchon, V., XXXVIII, 235.
 Playfair, XXXVIII, 603.
 Podwyzozski, W., XXXVII, 66.
 Pøhl, A., XXXVIII, 459.
 Pohl, F., XXXVII, 474.
 Pohl, J., XXXVIII, 515.
 Poirier, XXXVII, 608; XXXVIII,
 245, 279, 289, 662.
 Polaillon, XXXVII, 168, 258
 Pollack, XXXVIII, 97.

Pollard, B., XXXVIII, 663.
 Pollitzer, S., XXXVII, 191, 192.
 Pollosson, XXXVII, 662.
 Poncet, A., XXXVII, 255.
 Poore, XXXVII, 571.
 Pope, XXXVII, 84.
 Popoff, M., XXXVII, 46, 54, 432.
 Portalier, XXXVIII, 621.
 Pospelow, XXXVIII, 221.
 Posner, C., XXXVII, 47; XXXVIII, 447.
 Potain, XXXVIII, 144.
 Potocki, XXXVII, 557.
 Poucel, XXXVII, 104.
 Pouritz, K., XXXVIII, 39.
 Pozzi, S., XXXVII, 165, 175, 542; XXXVIII, 275, 591.
 Prausnitz, W., XXXVIII, 438.
 Preisz, Hugo, XXXVIII, 468.
 Prenant, A., XXXVII, 401.
 Preobraschensky, XXXVIII, 29.
 Preuschen, F. von, XXXVIII, 599.
 Prevost, J.-L., XXXVII, 474.
 Preyss, XXXVIII, 556.
 Primet, G., XXXVII, 662.
 Prinzing, A., XXXVIII, 138.
 Prior, XXXVII, 38.
 Prochownick, XXXVII, 541; XXXVIII, 73.
 Proskauer, B., XXXVIII, 114, 698.
 Prouff, XXXVIII, 324, 325.
 Prudden, Mitchell, XXXVIII, 583.
 Puech, P., XXXVIII, 185, 699.
 Pulvermaeher, XXXVII, 645.
 Purdy, XXXVIII, 156.

Q

Quénu, XXXVII, 410.
 Quereghni, XXXVIII, 422.

R

Rabl-Rueckhard, XXXVII, 3.
 Rachford, K., XXXVIII, 437.
 Ræhlmann, XXXVIII, 291.
 Rafin, XXXVII, 264.
 Ragotzi, V., XXXVII, 476.
 Rake, Beaven, XXXVIII, 219.
 Ramon y Cajal, XXXVII, 405.
 Randall, XXXVIII, 696.
 Ransohoff, J., XXXVII, 603, 627; XXXVIII, 647.
 Ransome, Arthur, XXXVIII, 556.
 Ranvier, XXXVIII, 16.
 Rapok, Otto, XXXVII, 632.
 Ratcliffe, XXXVIII, 148.

Raths, XXXVIII, 109, 110.
 Ratray, M., XXXVIII, 155.
 Raulin, XXXVIII, 223.
 Rauzier, G., XXXVII, 164; XXXVIII, 121.
 Ravenel, XXXVIII, 710.
 Raymond, F., XXXVII, 131; XXXVIII, 160, 231, 466, 549.
 Raymond, P., XXXVII, 662; XXXVIII, 212, 615.
 Raynaud, XXXVIII, 231, 628, 690.
 Reale, Enrico, XXXVIII, 152.
 Rebastello, J., XXXVIII, 26.
 Reboul, XXXVIII, 290, 325.
 Reclus, XXXVIII, 271.
 Redard, XXXVII, 572; XXXVIII, 244, 658.
 Redtenbacher, XXXVIII, 493.
 Reeve, XXXVII, 212.
 Regnard, XXXVII, 513.
 Regnaud, XXXVIII, 197.
 Regnault, XXXVII, 500; XXXVIII, 145.
 Reichel, Paul, XXXVII, 617.
 Reichert, E.-J., XXXVII, 408, 468.
 Reichmann, XXXVIII, 146.
 Reid, W., XXXVIII, 442.
 Reinhold, XXXVIII, 556.
 Reinstein-Magilowa, XXXVIII, 414.
 Reisinger, XXXVII, 275.
 Reitmair, O., XXXVIII, 115.
 Rémond, A., XXXVII, 145, 159; XXXVIII, 144, 258.
 Remak, XXXVIII, 138.
 Rendu, H., XXXVII, 121, 524; XXXVIII, 326, 700.
 Renvers, XXXVIII, 271, 498.
 Renzi, Errico de, XXXVII, 123; XXXVIII, 152.
 Réthi, XXXVIII, 703.
 Reverdin, Jacques, XXXVII, 539, 662; XXXVIII, 168, 289, 689.
 Revillet, XXXVIII, 526.
 Reynaud, XXXVII, 116.
 Rheiner, G., XXXVIII, 201.
 Ribbert, XXXVII, 528; XXXVIII, 46.
 Ricard, XXXVIII, 678.
 Richardière, XXXVIII, 135, 233.
 Richelot, XXXVIII, 602.
 Richmond, C. H., XXXVIII, 272.
 Richet, Ch., XXXVII, 33, 479; XXXVIII, 27, 28, 88, 487.
 Richter, Paul, XXXVIII, 488.
 Riedel, XXXVII, 223; XXXVIII, 660.
 Rieder, XXXVIII, 26, 470.
 Rieffel, H., XXXVII, 234; XXXVIII, 662.
 Riehl, XXXVII, 662.
 Rieke, XXXVIII, 302.
 Rindfleisch, XXXVII, 154.
 Ringer, Sidney, XXXVIII, 431, 432, 437.

Ritter, XXXVIII, 184.
 Ritzo, XXXVII, 662.
 Riva, A., XXXVII, 94.
 Robert, F., XXXVIII, 470.
 Robin, A., XXXVIII, 531.
 Robinson, XXXVII, 412.
 Robinson, Fleury, XXXVII, 268.
 Robson, Mayo, XXXVIII, 669.
 Rochard, Jules, XXXVII, 148, 488.
 Rochet, XXXVII, 606.
 Rodet, de, XXXVII, 148.
 Röhl, M., XXXVII, 477.
 Rœloffs, XXXVII, 95.
 Rœmer, Fr., XXXVIII, 71.
 Rœrig, XXXVIII, 687.
 Rœsger, S., XXXVIII, 179.
 Rœsger, P., XXXVII, 550.
 Roger, G.-H., XXXVII, 446; XXXVIII
 145, 470, 486, 490, 495, 500.
 Rogowitsch, N., XXXVII, 58.
 Rohmann, F., XXXVII, 27; XXXVIII,
 39.
 Rohmer, XXXVII, 601; XXXVIII,
 292.
 Rohrer, F., XXXVII, 101.
 Roloff, XXXVIII, 577.
 Romberg, Ernst, XXXVII, 148;
 XXXVIII, 469.
 Ronaldson, XXXVIII, 198.
 Roque, XXXVII, 41.
 Rosario, V., XXXVII, 460.
 Rose, XXXVIII, 259, 661, 663.
 Rosenbach, O., XXXVII, 461, 474;
 XXXVIII, 67, 449, 633.
 Rosenbaum, G., XXXVII, 109.
 Rosenberg, XXXVIII, 307, 439.
 Rosenbusch, XXXVII, 188.
 Rosenstein, A., XXXVII, 525;
 XXXVIII, 438.
 Rosenthal, C., XXXVIII, 589.
 Rosenthal, L., XXXVIII, 59.
 Rosin, XXXVII, 461; XXXVIII,
 43.
 Rossbach, M.-G., XXXVII, 38, 508.
 Rossi, U., XXXVII, 59; XXXVIII,
 465.
 Rossigneux, A., XXXVII, 521.
 Rossignol, F., XXXVIII, 413.
 Rossolimo, XXXVIII, 443.
 Rosthorn, XXXVIII, 170.
 Roth, XXXVIII, 324.
 Roudalsky, XXXVIII, 186.
 Roussel, Marie, XXXVII, 167.
 Routier, XXXVIII, 591.
 Roux, XXXVII, 237; XXXVIII, 259,
 276.
 Roux, XXXVII, 580.
 Roux, E., XXXVII, 71.
 Roux, Gabriel, XXXVII, 50, 460,
 569.
 Roy, W., XXXVII, 609.
 Rubinstein, Fr., XXXVII, 590.
 Rubner, M., XXXVII, 435.

Ruelimeyer, L., XXXVII, 109;
 XXXVIII, 451.
 Ruffer, Armand, XXXVII, 66.
 Ruge, XXXVII, 251.
 Ruggero, O., XXXVII, 32.
 Rumpel, XXXVII, 471.
 Runeberg, XXXVII, 482; XXXVIII,
 527.
 Runkwitz, XXXVII, 89.
 Rusby, XXXVII, 487.
 Russell, T. H., XXXVIII, 272.
 Ru-sell, W., XXXVII, 463.
 Ruttle, Robert, XXXVIII, 132.
 Ruyter, de, XXXVIII, 243.

S

Saalfeld, XXXVIII, 101.
 Sabbattini, L., XXXVIII, 503.
 Sabrazes, XXXVIII, 659.
 Sachs, XXXVIII, 198.
 Sahli, XXXVIII, 32, 99, 105.
 Sainsbury, H., XXXVIII, 431.
 Saintu, XXXVII, 169.
 Salkowski, E., XXXVIII, 42, 446,
 455.
 Salomonsen, XXXVII, 445.
 Salzwedel, XXXVII, 230.
 Samschin, XXXVIII, 190.
 Sanderson, Burdon, XXXVII, 430.
 Sandford, E., XXXVII, 31.
 Sandmann, G., XXXVII, 33.
 Saus, XXXVII, 274.
 Sansoni, L., XXXVII, 145, 472.
 Santi, XXXVII, 190.
 Sarles, XXXVIII, 145.
 Sarolea, E., XXXVII, 37.
 Saunby, Robert, XXXVII, 159;
 XXXVIII, 149.
 Scarenzio, A., XXXVII, 263, 588.
 Schafer, XXXVIII, 102.
 Schæfer, A., XXXVII, 22.
 Schaffer, K., XXXVIII, 479.
 Schaffer, Ch., XXXVIII, 479.
 Schaffer, XXXVII, 12.
 Schauta, XXXVII, 512.
 S hede, Max., XXXVII, 251.
 Scheffel, XXXVIII, 695.
 Scheffels, Otto, XXXVII, 96, 269, 284.
 Scheiber, XXXVIII, 551.
 Scheimann, V., XXXVIII, 305.
 Schellenberg, XXXVIII, 516.
 Schenck, F., XXXVII, 28, 436.
 Schewiakoff, XXXVIII, 8.
 Schirmer, XXXVII, 276; XXXVIII,
 297.
 Schirren, C., XXXVII, 101.
 Schlatter, C., XXXVIII, 113.
 Schleicher, XXXVIII, 98.
 Schlesinger, Al., XXXVII, 126.

- Schlueter, C., XXXVII, 624.
 Schmaus, H., XXXVII, 219; XXXVIII, 68.
 Schmidt, XXXVIII, 120.
 Schmidt, Alexandre, XXXVIII, 38.
 Schmidt, Ad., XXXVII, 434.
 Schmidt, Franz, XXXVII, 109, 662.
 Schmidt-Rimpler, XXXVIII, 117.
 Schmieden, XXXVIII, 505.
 Schmitt, XXXVII, 469, 485; XXXVIII, 509.
 Schmitz, XXXVII, 193.
 Schmitz, Richard, XXXVII, 160; XXXVIII, 575.
 Schmorl, XXXVIII, 556.
 Schneller, XXXVIII, 685.
 Schnirer, XXXVIII, 556.
 Schobl, XXXVII, 274.
 Schøeler, XXXVII, 646.
 Schœnthal, XXXVIII, 124, 535.
 Schœttelius, XXXVII, 452.
 Scholl, Hermann, XXXVIII, 45.
 Schott, J., XXXVII, 429.
 Schott, R., XXXVII, 609.
 Schoull, XXXVIII, 560.
 Schrader, Wilhelm, XXXVII, 182; XXXVIII, 195.
 Schrevens, XXXVIII, 163.
 Schröder, C., XXXVIII, 517.
 Schröder, V., XXXVIII, 42.
 Sechtscherbak, XXXVIII, 67.
 Schuchardt, K., XXXVII, 54, 635.
 Schueller, XXXVIII, 694.
 Schuetz, J., XXXVIII, 50, 637.
 Schultze, E., XXXVIII, 508, 639.
 Schulz, H., XXXVIII, 94.
 Schuoler, Joseph, XXXVII, 233.
 Schurz, H., XXXVII, 442.
 Schuster, XXXVII, 101.
 Schütz, XXXVII, 662.
 Schwalbe, G., XXXVII, 411.
 Schwartz, XXXVII, 238.
 Schwarz, R., XXXVII, 77; XXXVIII, 404.
 Schweigger, XXXVII, 644, 646.
 Schweinitz, de, XXXVII, 263, 273.
 Schwengers, XXXVII, 200.
 Schwimmer, XXXVIII, 662.
 Schweizer, A., XXXVIII, 290.
 Sciamanna, E., XXXVII, 609.
 Seudler, Charles, XXXVII, 627.
 Sée, G., XXXVII, 96, 106; XXXVIII, 525.
 Seggel, XXXVII, 640.
 Séglas, XXXVII, 593.
 Ségner, J., XXXVII, 101.
 Segond, Paul, XXXVII, 255; XXXVIII, 172, 275.
 Sehrwald, XXXVIII, 102.
 Seifert, XXXVII, 101; XXXVIII, 138.
 Seiler, XXXVIII, 14.
 Sejournet, XXXVII, 567.
 Selby, Prideaux, XXXVII, 221.
 Seleniew, XXXVIII, 228.
 Semmola, XXXVII, 151, 157; XXXVIII, 520.
 Semon, Félix, XXXVII, 423.
 Senator, XXXVIII, 138, 571, 680.
 Seudler, P., XXXVII, 624.
 Senn, M., XXXVII, 239, 240.
 Serafini, A., XXXVIII, 76.
 Serr, Hermann, XXXVII, 624.
 Serrano, XXXVII, 234.
 Sevestre, XXXVII, 572.
 Sewall, H., XXXVII, 31.
 Sharkey, XXXVII, 564.
 Shattock, G., XXXVIII, 491.
 Shattuck, XXXVII, 528.
 Sheldon, Stule, XXXVIII, 124.
 Sherman, H., XXXVII, 570.
 Sherrington, S., XXXVIII, 442.
 Shoemaker, XXXVII, 663.
 Shongolowicz, XXXVII, 641.
 Shore, L.-E., XXXVIII, 432.
 Shoveller, XXXVIII, 240.
 Siebenmann, XXXVIII, 16.
 Siemoli, P., XXXVII, 220.
 Sigalas, C., XXXVII, 33.
 Sigmund, M.-W., XXXVII, 438.
 Silberstein, XXXVIII, 147.
 Silva, XXXVIII, 443.
 Silvestrini, XXXVIII, 160, 493.
 Simon, Max, XXXVIII, 190.
 Simpson, XXXVII, 482.
 Siredey, XXXVII, 522.
 Sirski, XXXVII, 205.
 Sjöbring, Nils, XXXVII, 78.
 Skabitchewsky, XXXVIII, 20.
 Slemam, XXXVIII, 516.
 Slosse, A., XXXVII, 42; XXXVIII, 28, 36.
 Smith, Greig, XXXVIII, 155.
 Smith, Andrew, XXXVII, 136, 542.
 Smith, J., XXXVIII, 629.
 Smith, Noble, XXXVIII, 653.
 Smith, P., XXXVIII, 440.
 Smith, T., XXXVIII, 642.
 Snodgrass, William, XXXVIII, 513.
 Sobieranski, XXXVII, 36.
 Socin, C.-A., XXXVII, 413.
 Sokolowski, A., XXXVII, 657; XXXVIII, 556.
 Solles, XXXVII, 481.
 Sommerbrodt, XXXVIII, 525.
 Sonnenburg, XXXVIII, 124.
 Souboukteky, XXXVIII, 224.
 Soulier, Henri, XXXVIII, 98.
 Souplet, XXXVIII, 231.
 Souques, XXXVII, 511, 575; XXXVIII, 548.
 Soutakis, XXXVII, 472.
 Southam, F.-A., XXXVIII, 644.
 Soutouguine, V., XXXVIII, 188.
 Spæth, XXXVIII, 73.
 Spallitta, XXXVIII, 70.
 Spanbock, XXXVIII, 441.

Spencer, H.-R., XXXVII, 554.
 Sperglin, XXXVII, 550.
 Sperling, XXXVIII, 176.
 Spéville, Oger de, XXXVIII, 324.
 Spillmann, P., XXXVII, 134.
 Spirig, W., XXXVIII, 160.
 Spronck, H., XXXVII, 74.
 Srebrny, XXXVIII, 705.
 Stadelmann, E., XXXVII, 95.
 Stagnitta, F., XXXVII, 460.
 Stanciulescu, XXXVII, 229.
 Stanziale, XXXVII, 581.
 Starck, XXXVII, 566.
 Staurenghi, XXXVII, 57.
 Steele, XXXVII, 228.
 Stef, XXXVII, 586.
 Steffek, XXXVII, 586 ; XXXVIII, 184.
 Stein, Oscar, XXXVIII, 54, 228.
 Steinschneider, XXXVII, 207.
 Steinbeck, XXXVII, 28.
 Stepp, XXXVII, 485.
 Stern, R., XXXVII, 65 ; XXXVIII, 445.
 Sternberg, XXXVIII, 412.
 Stevens, G.-T., XXXVII, 271.
 Stewart, XXXVII, 475.
 Stewart, Grainger, XXXVII, 133 ; XXXVIII, 543.
 Sticker, G., XXXVIII, 99.
 Stieda, L., XXXVIII, 409.
 Stilling, XXXVII, 95.
 Stockman, Ralph., XXXVIII, 504.
 Steber, XXXVIII, 220.
 Stoehr, XXXVIII, 15.
 Stowell, XXXVIII, 297.
 Strahan, XXXVIII, 630.
 Strange, W., XXXVII, 528.
 Strassmann, Fritz, XXXVII, 561 ; XXXVIII, 115, 517.
 Stratz, XXXVIII, 170.
 Straus, J., XXXVII, 62, 458.
 Streng, XXXVIII, 32.
 Stricker, M., XXXVIII, 108.
 Strœbe, H., XXXVIII, 62.
 Struempell, A., XXXVII, 136, 506 ; XXXVIII, 123.
 Stutzer, A., XXXVIII, 115.
 Suchannek, H., XXXVIII, 409.
 Sullivan, XXXVIII, 107.
 Sulzer, XXXVII, 283.
 Sutton, Blanc, XXXVII, 609 ; XXXVIII, 130, 591, 671.
 Sutugin, XXXVIII, 188.
 Swiatecki, J., XXXVII, 436.
 Swiecicki, de, XXXVII, 101, 557 ; XXXVIII, 603.
 Symonds, Charters, XXXVII, 221, 658.
 Szadeck, XXXVIII, 227.

T

Taenzer, P., XXXVIII, 209.
 Taguchi, XXXVII, 4.
 Tait, Lawson, XXXVII, 177 ; XXXVII, 164, 172, 597.
 Talbot, R.-B., XXXVII, 536.
 Tangl, Franz, XXXVII, 451, XXXVIII, 80.
 Tanner, XXXVII, 544.
 Tapret, XXXVIII, 520.
 Tardivel, XXXVII, 663.
 Targoula, XXXVIII, 636.
 Tarnier, XXXVII, 80.
 Taylor, XXXVII, 202, 585 ; XXXVIII, 177, 225, 624, 644.
 Tchistovitch, N., XXXVII, 69.
 Teale, Pridgin, XXXVIII, 671.
 Teissier, J., XXXVII, 527 ; XXXVIII, 106, 146.
 Tenchini, XXXVII, 57.
 Tenneson, XXXVIII, 210.
 Terray, XXXVIII, 79.
 Terrier, XXXVII, 611, 612 ; XXXVIII, 176, 257, 260, 265, 669.
 Terrillon, C., XXXVII, 534, 612, 634 ; XXXVIII, 172, 176, 265.
 Terson, XXXVII, 276 ; XXXVIII, 699.
 Testut, L., XXXVII, 21.
 Thelen, O., XXXVII, 209.
 Thibault, XXXVII, 170.
 Thibierge, XXXVII, 660, 661 ; XXXVIII, 218, 325, 326.
 Thiele, XXXVIII, 621.
 Thierry, XXXVII, 611.
 Thiriar, XXXVIII, 268, 325, 678.
 Thoinot, L.-H., XXXVII, 81.
 Thomas, F., XXXVIII, 685.
 Thomas, L., XXXVII, 256 ; XXXVIII, 203.
 Thomsen, R., XXXVIII, 634.
 Thomson, A., XXXVIII, 20, 480.
 Thomson, H., XXXVIII, 604.
 Thompson, W., XXXVII, 639 ; XXXVIII, 66, 89.
 Thrascher, A.-B., XXXVII, 652.
 Thumas, J., XXXVIII, 420.
 Tietze, Alexandre, XXXVIII, 309.
 Tigerstedt, R., XXXVII, 424.
 Tillaux, XXXVII, 1 ; XXXVIII, 265.
 Tillie, J., XXXVII, 86.
 Tissier, P., XXXVII, 130.
 Tissier, XXXVII, 289.
 Tizzoni, Guido, XXXVIII, 82.
 Tommasoli, XXXVII, 584 ; XXXVIII, 231.
 Toply, XXXVII, 583.

Török, L., XXXVII, 193; XXXVIII, 613.
 Torup, S., XXXVIII, 426.
 Toti, A., XXXVIII, 709.
 Toupet, XXXVII, 203.
 Trachet, XXXVII, 181.
 Trapeznikoff, XXXVIII, 484.
 Treitel, L., XXXVIII, 135, 517, 692.
 Treub, H., XXXVII, 181.
 Treves, Frederick, XXXVII, 250.
 Tripier, Léon, XXXVII, 210, 270; XXXVIII, 304.
 Tripier, R., XXXVII, 51.
 Troje, XXXVII, 487.
 Trolard, XXXVII, 402, 403.
 Trumbull, J., XXXVII, 649.
 Truzzi, XXXVII, 545.
 Tscherning, XXXVII, 663.
 Tuckerman, XXXVII, 411.
 Tuffier, XXXVII, 178, 621; XXXVIII, 256, 275, 487.
 Tuiland, XXXVIII, 325.
 Tumas, L., XXXVIII, 525.
 Turner, G., XXXVIII, 56, 680.

U

Udransky, von, XXXVII, 441.
 Ughetti, B., XXXVII, 58.
 Uhthoff, XXXVII, 269, 641; XXXVIII, 297.
 Ullmann, Emerich, XXXVII, 242, 462.
 Umpfenbach, XXXVIII, 508.
 Unna, G., XXXVII, 190, 196, 583; XXXVIII, 215, 220.
 Unverricht, XXXVIII, 211.
 Upson, XXXVIII, 139.

V

Vaillard, L., XXXVII, 198, 526; XXXVIII, 80, 83, 499.
 Vaille, XXXVIII, 605.
 Vallas, XXXVIII, 282, 325.
 Valude, XXXVII, 271, 275; XXXVIII, 293, 294.
 Vaquez, XXXVII, 96, 141.
 Variot, XXXVII, 565.
 Vaton, XXXVIII, 595.
 Vautrin, XXXVII, 601.
 Verchère, F., XXXVIII, 324.
 Veit, J., XXXVIII, 169.
 Vergely, XXXVII, 227.
 Verhoogen, XXXVII, 455.

Verneuil, XXXVII, 268, 455, 456, 517, 663; XXXVIII, 289, 658.
 Violet, XXXVII, 271.
 Viault, F., XXXVII, 427.
 Vidal, XXXVII, 663.
 Vibert, XXXVIII, 237, 239, 240.
 Vidal, XXXVIII, 520, 617.
 Vignal, XXXVII, 80; XXXVIII, 560.
 Vignalon, XXXVII, 144.
 Vignard, XXXVII, 262.
 Vigouroux, A., XXXVIII, 610.
 Villemain, XXXVII, 114.
 Vimont, XXXVII, 516.
 Vinaver, M^{me}, XXXVII, 168.
 Vinay, C., XXXVII, 101, 488.
 Vincent, H., XXXVII, 198, 255, 463, 526; XXXVIII, 83.
 Viotti, XXXVII, 580.
 Virchow, XXXVIII, 59.
 Vishograd, XXXVIII, 228.
 Viti, A., XXXVII, 136.
 Voelker, A. F., XXXVIII, 200.
 Vogeler, Alfred, XXXVIII, 229.
 Vogt, XXXVII, 528.
 Vohsen, Karl, XXXVIII, 705.
 Voigt, XXXVII, 612.
 Voss, A., XXXVIII, 152.
 Vossius, A., XXXVII, 287.

W

Wagenmann, XXXVII, 287.
 Wagner, K.-E., XXXVIII, 81.
 Wahl, XXXVII, 663.
 Walch, W.-H., XXXVIII, 584.
 Waldeyer, XXXVII, 413; XXXVIII, 1.
 Walker, J.-L., XXXVII, 30; XXXVIII, 149.
 Wallace, David, XXXVII, 123; XXXVIII, 309.
 Waller, D.-Augustus, XXXVII, 30; XXXVIII, 424.
 Wallich, V., XXXVIII, 415.
 Walter, H., XXXVIII, 591.
 Walther, XXXVII, 235.
 Warchavskara, Estelle, XXXVII, 167.
 Warren, J., XXXVII, 160.
 Wassermann, Melville, XXXVII, 658.
 Wassilieff, Al, XXXVIII, 269.
 Wathen, XXXVII, 185, 556.
 Watson, XXXVIII, 648.
 Wawrinsky, XXXVIII, 122.
 Waxham, F.-C., XXXVIII, 312.
 Weber, Edmond, XXXVIII, 203.
 Wecker, de, XXXVII, 643; XXXVIII, 298.

Wedensky, N., XXXVII, 428;
 XXXVIII, 418, 425.
 Wehmer, P., XXXVIII, 86.
 Weichsellbaum, A., XXXVIII, 97.
 Weigert, C., XXXVIII, 464.
 Weill, Edmond, XXXVII, 524.
 Weintraub, W., XXXVIII, 513.
 Weir, C., XXXVII, 41; XXXVIII,
 249.
 Weis, XXXVII, 194.
 Weiss, L., XXXVII, 272, 577.
 Weissenberg, XXXVIII, 539.
 Welander, XXXVII, 205.
 Welti, Emil, XXXVIII, 233.
 Werner, XXXVII, 176.
 Wertheimer, E., XXXVIII, 28, 507.
 Wesener, F., XXXVIII, 218.
 West, Samuel, XXXVII, 159;
 XXXVIII, 142, 567.
 Westbrook, XXXVIII, 200.
 Westphal, A., XXXVII, 89; XXXVIII,
 478.
 Weyl, XXXVIII, 76.
 Wherry, XXXVIII, 535.
 Whipham, XXXVIII, 704.
 White, Blake, XXXVIII, 101.
 White, Hale-W., XXXVII, 25, 635;
 XXXVIII, 570, 579, 666.
 Whitehead, XXXVIII, 666, 692.
 Wicklein, E., XXXVIII, 497.
 Wiedersheim, XXXVIII, 407.
 Widal, XXXVIII, 150.
 Widmark, J., XXXVIII, 440.
 Widmer, XXXVIII, 85.
 Wiesmann, XXXVII, 500.
 Willemin, Eug., XXXVII, 151.
 Williams, XXXVII, 542, 629;
 XXXVIII, 187.
 Wilson, Albert, XXXVIII, 583.
 Wilson, Staury, XXXVIII, 149.
 Winter, J., XXXVII, 289; XXXVIII,
 193.
 Wirbel, Ch., XXXVII, 545.
 Wishart, XXXVII, 251.
 Wissering, Eduard, XXXVII, 278.
 Wittkowsky, XXXVIII, 430.
 Witzel, O., XXXVII, 222.
 Woffhardt, XXXVIII, 33.
 Wood, XXXVII, 657.
 Wolff, G., XXXVIII, 484.

Wolff, Julius, XXXVII, 648, 654.
 Wolff, Rud., XXXVII, 258.
 Wollenberg, XXXVIII, 56.
 Wolkow, L., XXXVIII, 452.
 Wortz, E., XXXVII, 35.
 Wright, Jonathan, XXXVII, 649.
 Wright, A.-E., XXXVII, 82; XXXVIII,
 XXXVIII, 431.
 Wright, Fraser, XXXVIII, 181.
 Wurtz, R., XXXVII, 62, 71.
 Wyder, Th., XXXVII, 555.
 Wylie, XXXVII, 536.
 Wyman, H., XXXVII, 218.
 Wyss, Oscar, XXXVII, 581.
 Wyssokowicz, W., XXXVII, 451.

Y

Yersin, A., XXXVII, 71.

Z

Zacher, C.-S., XXXVIII, 463.
 Zagari, G., XXXVII, 68.
 Zambaco-Pacha, XXXVII, 579;
 XXXVIII, 326.
 Zander, R., XXXVIII, 60.
 Zehnder, XXXVII, 148.
 Zeidler, H., XXXVIII, 254.
 Zessarsky, XXXVII, 472.
 Ziehen, Th., XXXVIII, 483.
 Ziem, XXXVIII, 304, 705.
 Ziemssen, XXXVII, 515.
 Zilllessen, H., XXXVIII, 456.
 Zillner, XXXVIII, 96.
 Zimmerli, Mlle, XXXVIII, 85.
 Zimmermann, A., XXXVIII, 608.
 Zsigmondy, XXXVIII, 410.
 Zuccaro, G., XXXVII, 630.
 Zuco, S.-M., XXXVIII, 260.
 Zuelzer, XXXVIII, 460.
 Zweifel, XXXVIII, 167, 214.
 Zweighaun, XXXVII, 663.

TABLE DES MATIÈRES.

A

Abasie. Voy. Locomotion, nerveux, etc.
 Absès. — du cerveau, XXXVII, 212; XXXVIII, 644. — des sinus de la face, XXXVIII, 704, 705; — du poulmon, XXXVIII, 200; — du poulmon dans la pneumonie, XXXVIII, 567; — du foie, XXXVII, 148, 149; traitement des — du foie, XXXVII, 247; XXXVIII, 265; — sous-phrénique d'origine biliaire, XXXVII, 148; — gazeux sous-diaphragmatique par perforation d'ulcères de l'estomac, XXXVIII, 258; — périnéphrétique ouvert dans les bronches, XXXVIII, 685; — tuberculeux périnéphrétiques, XXXVIII, 685; traitement des — osseux, XXXVII, 223; trépanation du bassin pour les — du bassin, XXXVII, 634; injections d'huile iodoformée dans les — froids, XXXVIII, 658. — R. B., XXXVII, 303, 717; XXXVIII, 340, 712.
 Abdomen. Coups de feu de l'— XXXVII, 240; des contusions — par coup de pied de cheval, XXXVIII, 272. — R. B., XXXVII, 303, 717; XXXVIII, 340, 712.
 Absorption. — des graisses, XXXVII, 432.
 Accouchement. Anatomie et physiologie de l'utérus dans l'— XXXVIII, 607; rôle de la vessie pendant l'— XXXVIII, 610; l'importance du palper en — XXXVIII, 189; examen histologique et bactériologique des lochies, XXXVIII, 189; staphylocoques chez les femmes saines, XXXVIII, 190; de l'albuminurie de l'— XXXVII, 547; influence de la leucémie sur l'— XXXVII, 547; expulsion de môle hydatique, XXXVIII, 191; de la torsion du cou dans les présentations du sommet, XXXVIII, 609; incision du col et du périnée dans l'— XXXVII, 551; déchirures du vagin dans le travail, XXXVII, 553; procédé de version externe, XXXVII, 182; version bipolaire, XXXVII, 183; expression de la tête fœtale dans les rétrécissements du bassin, XXXVII, 183; procidence du

cordon dans l'— gémellaire, XXXVII, 550; passage de l'enfant dans la cavité péritonéale, XXXVII, 553; rétrécissement du bassin, XXXVII, 553; rapports de la dystocie avec l'endométrite, XXXVIII, 167; tumeurs de la région sacrée cause de dystocie, XXXVII, 180; dystocie par atrésie du col, XXXVII, 181; complications de l'— par les fibromes, XXXVIII, 188; dystocie par fibromes utérins, XXXVIII, 611; dystocie par atrésie complète du vagin, XXXVIII, 608; traitement du cancer utérin pendant l'— XXXVIII, 188; technique de l'accouchement provoqué, XXXVII, 181; indications de l'— provoqué, XXXVII, 548, 549; — prématuré artificiel, XXXVIII, 192. — R. B., XXXVII, 303, 717; XXXVIII, 340, 712;
 Acétanilide. Emploi de l'— chez l'enfant, XXXVIII, 204.
 Acétone. — dans la sueur, XXXVII, 44.
 Acétonurie. De l'— XXXVIII, 572; — dans le diabète, XXXVII, 159.
 Acétique (acide). Influence de l'— sur les échanges gazeux respiratoires, XXXVII, 420.
 Acide. Excrétion des — sulfoconjugués dans la néphrite et l'ictère, XXXVIII, 41. — R. B., XXXVII, 719.
 Acné. Eruption — et molluscoïde, XXXVIII, 614. — R. B., XXXVII, 305, 719; XXXVIII, 341, 713.
 Aenitis. De l'— XXXVII, 576.
 Acromégalie. Obs. d'— XXXVIII, 132. — R. B., XXXVII, 305, 719; XXXVIII, 341, 714.
 Actinomyecose. De l'— XXXVIII, 589; culture d'— XXXVIII, 464; — du cerveau et des méninges, XXXVII, 505. — R. B., XXXVII, 305, 719; XXXVIII, 341, 714.
 Addison (mal. d'). Lésions de la — XXXVIII, 577; rapports des lésions des capsules surrénales avec la — XXXVIII, 577. — R. B., XXXVII, 305, 719; XXXVIII, 341, 714.
 Adénie. — infectieuse, XXXVII, 569.
 Adénine. De l'— XXXVII, 46.
 Adénite. — trachéobronchique tuberculeuse, XXXVIII, 476; — cervicale d'origine intestinale, XXXVIII, 290; traite-

- ment des — par les injections de naphтол camphré, XXXVIII, 290. — Voy. lymphatique.
- Adénome. De l'hydr — XXXVII, 191; hydr — compliqué d'épithéliome, XXXVII, 575. — R. B., XXXVII, 719; XXXVIII, 714.
- Aérophagie. — hystérique, XXXVIII, 702.
- Aérophagie. — R. B., XXXVIII, 341.
- Aimant. Extraction de corps étrangers par l'— XXXVII, 633. — R. B., XXXVIII, 714.
- Ainhum. — R. B., XXXVII, 341; XXXVIII, 714.
- Aine. Cancer primitif de l'— XXXVIII, 288.
- Air. Toxicité de l'— expiré, XXXVII, 424; influence de l'— chaud sur la température du poumon, XXXVII, 93; traitement de la tuberculose par l'— chaud, XXXVII, 94, 481; XXXVIII, 102; inhalation d'— chaud dans la tuberculose laryngée, XXXVIII, 306. — R. B., XXXVIII, 714.
- Albumine. Produits de décomposition de l'— XXXVIII, 39; produit de putréfaction de l'— XXXVIII, 447; destruction de l'— dans l' inanition, XXXVIII, 438; influence du travail musculaire sur la destruction de l'— XXXVII, 430; action des — ates sur l'activité rénale, XXXVII, 38; — exemple de cendres, XXXVIII, 448; réaction de l'— XXXVII, 45; réactif de l'— XXXVIII, 447; dosage de l'— dans l'urine, XXXVII, 40, 455. — R. B., XXXVII, 305, 719; XXXVIII, 341, 714.
- Albuminoïdes. Action des — du sang sur le glucose, XXXVII, 28; influence de l'activité musculaire sur la désassimilation des — XXXVIII, 33; dédoublement des — du blé par l'acide chlorhydrique, XXXVIII, 445; corps — des reins et de la vessie, XXXVIII, 448.
- Albuminurie. Traité de l'— XXXVIII, 571; pathogénie de l'— XXXVII, 157; XXXVIII, 153; — cyclique, XXXVIII, 153; — chez l'enfant, XXXVII, 567; — du diabète, XXXVIII, 575; — de la blennorrhagie, XXXVIII, 231; de l'— puerpérale, XXXVII, 547; avortement provoqué dans l'— XXXVIII, 194 — R. B., XXXVII, 305, 719; XXXVIII, 342, 714.
- Alcaloïde. — des bacilles tuberculeux, XXXVIII, 460.
- Alcaptonurie. De l'— XXXVIII, 452.
- Alcool. Dosage de l'— amylique, XXXVIII, 115; dangers des — impurs, XXXVIII, 115; influence de l'— sur la digestion, XXXVIII, 33. — R. B., XXXVII, 720; XXXVIII, 342, 715.
- Alcoolisme. Accidents produits par les boissons renfermant des essences, XXXVIII, 91; action de l'eau de mélisse des carmes, XXXVIII, 91; buveurs d'éther, XXXVII, 600; l'— aigu et chronique XXXVIII, 633; la névrite — XXXVIII, 634; varices de l'œsophage dans l'— XXXVII, 523; traitement du delirium tremens, XXXVIII, 635. — R. B., XXXVII, 306, 720; XXXVIII, 342, 715.
- Aliénation. L'extension de l'— en Angleterre, XXXVIII, 630; — chez les détenus, XXXVIII, 631; cerveau des — XXXVIII, 630; poids du corps dans l'— XXXVIII, 629; le sang et l'urine chez les — XXXVIII, 629; anomalies de l'occipital chez les — XXXVII, 600; anomalies de la voûte palatine chez les — XXXVIII, 631; folie érotique, XXXVIII, 632; folie du doute, XXXVIII, 632; folie gémellaire, XXXVIII, 632; du délire de persécution, XXXVIII, 636; formes d'— en rapport avec la paranoïa, XXXVIII, 633; la pipérazidine dans l'— XXXVIII, 508; chloralanide dans l'— XXXVII, 600; sulfonal chez les — XXXVII, 104; suspension dans l'— XXXVII, 601. — R. B., XXXVII, 306, 720; XXXVIII, 342, 715.
- Alimentation. — peptonisée, XXXVIII, 436; — additionnée de saccharine, XXXVIII, 120; contagiosité de la tuberculose par les — des phthisiques, XXXVIII, 560. — R. B., XXXVII, 306, 720; XXXVIII, 342, 716.
- Allaitement. R. B., XXXVIII, 716.
- Alopecie. — pseudo-péladique, XXXVIII, 216; — neurotique, XXXVII, 197; — suite d'un séjour dans les pays chauds, XXXVIII, 615.
- Amblyopie. Symptômes tabétiques de l'— toxique, XXXVIII, 295; — réflexe guérie par section du nerf sus-orbitaire, XXXVIII, 296; — quinique, XXXVIII, 297. — Voy. œil.
- Amidon. Action des acides sur la transformation de l'— par la salive, XXXVIII, 42.
- Amnios. R. B., XXXVII, 721; XXXVIII, 716.
- Amputation. Altérations du système nerveux consécutives aux — XXXVIII, 466; — ostéoplastique du pied, XXXVII, 231; — dermo-plastique, XXXVII, 230; — de Pirogoff, XXXVII, 230; — sous-astragaliennne, XXXVII, 230; — du pied à lambeau talonnier périostique, XXXVIII, 282. — R. B., XXXVII, 307, 721; XXXVIII, 342, 716.
- Amygdale, ite. Constitution des — XXXVIII, 15; gommes des — XXXVIII, 223; syphilis des — pharyngée et épiglottique, XXXVIII, 223; épidémie d'— diptéroïde, XXXVII, 564; tuberculose des — XXXVIII, 704; phlébite consécutive à l'— XXXVII, 619; salol dans l'— XXXVII, 649. — R. B., XXXVII, 307, 721; XXXVIII, 343, 716.
- Amygdalotomie. — et hémorragie, XXXVIII, 649.
- Amyloïde. Dégénérescence — du tissu graisseux, XXXVIII, 47; tumeur du larynx avec dégénérescence — XXXVIII, 308. — R. B., XXXVII, 721.
- Anatomie. Traité d'— XXXVII, 1. — R. B., XXXVII, 307, 721; XXXVIII, 343, 717.
- Andromédotoxine. Effets de l'— XXXVIII, 84.
- Anémie. Action de l'— sur l'excitabilité des centres nerveux, XXXVIII, 24; les — de la première enfance, XXXVIII, 203; de l'— pernicieuse, XXXVIII, 579;

- pernicieuse due à l'ostéomyélite, XXXVII, 154; vice de formation des globules rouges dans l' — perniciose, XXXVII, 154; traitement de l' — perniciose, XXXVII, 154; injections d'eau salée dans l' — XXXVIII, 105; traité de l' — par hypohématose, XXXVIII, 571. — R. B., XXXVII, 308, 721; XXXVIII, 343, 717.
- Anesthésie.** Troubles de nutrition dans la chloroformisation prolongée, XXXVIII, 84; troubles nutritifs après l' — chloroformique, XXXVII, 41; l'action de l'éther sur le rein, XXXVII, 41; le réflexe crémastérien dans l' — XXXVII, 602; l'éther est-il préférable au chloroforme, XXXVIII, 243; mort par le chloroforme chez des enfants, XXXVII, 570; — par la cocaïne en obstétrique, XXXVII, 546; — par la cocaïne, XXXVII, 602; — dans la trachéotomie, XXXVIII, 312; — cutanée et sensorielle, terminée par la mort, XXXVII, 592; — hystérique, XXXVII, 126. — R. B., XXXVII, 308, 722; XXXVIII, 343, 717.
- Anévrisme.** Formation des — vrais, XXXVII, 50; des — diffus de l'aorte, XXXVIII, 253; signe trachéal des — de l'aorte, XXXVIII, 55; — de l'aorte et de la veine cave, XXXVII, 514; XXXVIII, 143; paralysies laryngées par — aortique, XXXVIII, 703, 707; — artério-veineux du sinus carotidien, XXXVII, 608; — spontané de la thyroïdienne inférieure, XXXVIII, 655; — de la maxillaire interne, XXXVIII, 234; guérison spontanée par gangrène d'un — sous-clavier, XXXVII, 608; — ischiatique, XXXVIII, 655; — dans les cavernes pulmonaires, XXXVII, 52. — R. B., XXXVII, 308, 722; XXXVIII, 343, 717.
- Angine.** — de la scarlatine, XXXVII, 74, 650; — pseudomembraneuse à pneumocoques, XXXVIII, 302; obs. d' — infectieuses à pneumocoques et à streptocoques, XXXVIII, 700. — R. B., XXXVII, 309, 723; XXXVIII, 343, 718.
- Angine de poitrine.** — et angoisse laryngée, XXXVII, 655. *Voy.* Angine.
- Angiome.** — caverneux multiple, XXXVII, 609; — du sinus maxillaire, XXXVII, 653; — suppuré de l'orbite suite de fièvre typhoïde, XXXVIII, 293; — des glandes, XXXVIII, 64. — R. B., XXXVII, 389, 723.
- Aniline.** Action des couleurs d' — XXXVIII, 86; bleu de méthylène et ses propriétés analgésiques, XXXVIII, 530; emploi des couleurs d' — XXXVII, 95, 96; valeur antiseptique des couleurs d' — XXXVII, 95, 96; les couleurs d' — dans les maladies de l'œil, du nez, etc., XXXVII, 95, 96; — dans la tuberculose laryngée, XXXVIII, 305; violet de méthyle dans les affections pulmonaires, XXXVIII, 529; emploi du violet de méthyle et de la fuchsine dans les tumeurs malignes, XXXVIII, 529; bleu de méthyle contre la cystite, XXXVIII, 529.
- Ankylose.** Des — articulaires, XXXVII, 230. — *Voy.* articulation.
- Anomalie.** — du nerf pneumogastrique, XXXVII, 4; — osseuses et musculaires, XXXVII, 232. — *Voy.* divers organes.
- Anthrax.** Ipecacuanha dans l' — XXXVIII, 531. — R. B., XXXVII, 309, 723; XXXVIII, 344, 718.
- Anthropologie.** Le squelette quaternaire de Chancelade, XXXVII, 21.
- Antifébrine.** *Voy.* Acétanilide.
- Antipyrine.** Action de l' — XXXVIII, 505; de l' — contre les épanchements pleurétiques, XXXVIII, 529; chloral — XXXVIII, 509; élimination de l' — chez l'enfant, XXXVIII, 509; emploi de l' — chez l'enfant, XXXVIII, 204; empoisonnement par l' — XXXVIII, 515.
- Antiseptique.** Action des — sur les bactéries, XXXVII, 80; action des — XXXVIII, 514; action des — sur le péritoine, XXXVIII, 596; influence de l' — intestinale sur les éruptions médicamenteuses, XXXVIII, 618; — à l'hôpital Bichat, XXXVII, 601. — R. B., XXXVII, 309; XXXVIII, 344, 718.
- Aurie.** *Voy.* rein.
- Anus.** Le réflexe — XXXVIII, 443; traitement de l' — contre nature, XXXVII, 615; entérectomie dans l' — contre nature, XXXVIII, 268. — R. B., XXXVII, 310, 723; XXXVIII, 344, 718.
- Aorte, ite.** Développement des branches terminales de l' — abdominale, XXXVII, 6; — verruqueuse aigüe, XXXVII, 136; insuffisance — par rupture de la tunique interne de l' — XXXVIII, 55; variétés du pouls dans les maladies de la crosse — XXXVII, 515; des anévrismes diffus de l' — XXXVIII, 253; anévrisme de l' — et de la veine cave, XXXVII, 514; XXXVIII, 143; de la rupture de l' — XXXVIII, 555; signe trachéal des anévrismes — XXXVIII, 555; paralysies laryngées par anévrisme — XXXVIII, 703, 707; ligature de l' — XXXVII, 608. — R. B., XXXVII, 310, 723; XXXVIII, 344, 718.
- Aphasie.** *Voy.* cerveau, parole.
- Apoplexie.** Mécanisme de l'ictus — XXXVIII 54; — pancréatique, XXXVIII, 55.
- Appareil.** R. B., XXXVII, 310, 723; XXXVIII, 344, 718.
- Appendicite.** *Voy.* Cæcum, intestin, typhlite.
- Aristol.** Préparation de l' — XXXVII, 101; emploi de l' — en thérapeutique, XXXVII, 101; l' — en dermatologie, dans les affections du nez, etc., XXXVII, 101; emploi de l' — dans les maladies vénériennes, XXXVII, 588. — *Voy.* thérapeutique.
- Arsenic.** Mélanose — XXXVII, 581.
- Artère, ite.** Appareil veineux des — encéphaliques, XXXVII, 403; — des nerfs, XXXVII, 410; — maxillaire commune, XXXVII, 7; mouvement du sang dans les — XXXVII, 427; action du mercure sur la tension — XXXVII, 84; effets de la compression de l' — pulmonaire sur la pression sanguine, XXXVII, 426; vertige des — scléreux, XXXVII, 140;

- lésions oculaires par — sclérose, XXXVII, 282; prolifération endothéliale dans les — XXXVIII, 469; sclérose de l' — pulmonaire, XXXVIII, 469; troncs — primitifs du membre postérieur, XXXVII, 6; thrombose de l' — mésentérique, XXXVII, 517; rupture de l' — méningée moyenne, XXXVII, 603, 605; trépanation pour rupture de l' — méningée, XXXVII, 217; anévrisme de l' — maxillaire interne, XXXVIII, 254; anévrisme de l' — thyroïdienne inférieure, XXXVIII, 655; anévrisme de l' — ischiatique, XXXVIII, 655; ligature de l' — vertébrale dans l'épilepsie, XXXVIII, 642; double bruit systolique dans la carotide et la sous-clavière, XXXVIII, 554; une pulsation — perceptible pour deux contractions cardiaques, XXXVIII, 554; résection des — carotides dans une ablation de goitre, XXXVII, 220; ligature des deux carotides primitives pour une exophtalmie, XXXVII, 220; ligature simultanée de l' — et de la veine fémorale, XXXVIII, 254. — R. B., XXXVII, 310, 724; XXXVIII, 345, 719.
- Arthrite. — dans la varicelle, XXXVII, 568; — crico-aryténoïdienne, XXXVIII, 709; — syphilitique du maxillaire, XXXVII, 204; — compliquant la vaginite chez des enfants, XXXVII, 573; formes d' — blennorrhagique, XXXVIII, 628; traitement des — blennorrhagiques, XXXVII, 590; traitement des — tuberculeuses et des tumeurs blanches par la méthode sclérogène, XXXVIII, 656. — Voy. articulation.
- Arthritisme. Tuberculose et — XXXVII, 517; XXXVIII, 556.
- Arthropathie. — des hémophiliques, XXXVIII, 577; — blennorrhagiques, XXXVIII, 231; ostéo — pneumique, XXXVII, 134.
- Articulation. Développement des — XXXVII, 418; forme des surfaces — XXXVIII, 416; atrophies musculaires suite de lésions — XXXVIII, 662; arrachements osseux au voisinage des — XXXVIII, 660; des ankyloses — XXXVII, 230; traitement des luxations, contractures et ankyloses de la hanche, XXXVII, 228; complications — de la diphtérie, XXXVII, 522. — R. B., XXXVII, 310, 724; XXXVIII, 345; 719.
- Ascite. Substances mucosides dans le liquide de l' — XXXVIII, 458.
- Asphyxie. Pression sanguine dans l' — XXXVII, 28; des troubles nerveux consécutifs à l' — XXXVIII, 65.
- Astasie. Voy. locomotion, nerveux.
- Asthme. — essentiel chez l'enfant, XXXVII, 563; — ganglionnaire, XXXVIII, 566; rapports de l' — et des autres maladies, XXXVIII, 567; — suite d'inhalation de chlore, XXXVIII, 517. — R. B., XXXVII, 311, 725; XXXVIII, 345, 719.
- Astigmatisme. Amblyopie des — XXXVII, 636, 639. — R. B., XXXVII, 311; XXXVIII, 345, 720.
- Astragale. Voy. os.
- Ataxie. Nature de l' — XXXVII, 506; de l' — héréditaire, XXXVIII, 545; lésions spinales de l' — au début, XXXVIII, 466; anatomie pathologique de la maladie de Friedreich, XXXVIII, 466; tabes dorsal cervical sans réflexe patellaire, XXXVIII, 467; — spasmodique, XXXVIII, 127; réapparition des réflexes dans le — XXXVIII, 127; symptômes tabétiformes de l'amblyopie toxique, XXXVIII, 295; athétose dans l' — XXXVIII, 127; paralysies laryngées dans l' — XXXVII, 656; paraplégie — XXXVII, 506, 507; suspension dans l' — XXXVII, 109. — Voy. moelle.
- Athétose. — spasmodique, XXXVIII, 551; — dans le tabes, XXXVIII, 127.
- Atrophie. — musculaire héréditaire, XXXVIII, 548; déformations thoraciques dans l' — musculaire, XXXVIII, 548; — musculaires suite de lésions articulaires, XXXVIII, 662.
- Atropine. Action de l' — XXXVII, 467; XXXVIII, 503; passage de l' — dans le lait, XXXVIII, 503.
- Auscultation. R. B., XXXVII, 312; XXXVIII, 315, 720.
- Autoplastie. De l' — XXXVII, 209, 210, 211; — de la région sous-orbitaire, XXXVII, 210; — des paupières, XXXVII, 270, 288. — R. B., XXXVII, 312, 725; XXXVIII, 345.
- Avortement. Diagnostic de l' — par ponction des membranes, XXXVIII, 238; mort par cathétérisme pour — XXXVIII, 240; traitement de l' — XXXVIII, 193, 194; — provoqué dans l'albuminurie, XXXVIII, 194. — R. B., XXXVII, 312, 725; XXXVIII, 345, 720.
- Azote. Travail musculaire et excretion d' — XXXVII, 36.
- Azoturie. Voy. azote, urée.

B

Bacille. Voy. Bactériologie.

Bactériologie. Traité de — XXXVII, 445; formation d'indol et de phénol par les — XXXVIII, 45; adaptation des — au milieu, XXXVII, 61; action pyogène du contenu des — XXXVII, 64; influence du milieu sur la culture des — XXXVII, 65; résistance des cellules — à la coloration, XXXVII, 65; action du suc gastrique sur des — pathogènes, XXXVII, 62, 447; action du sang et autres humeurs sur les — XXXVII, 65; action des — sur les tissus, XXXVIII, 74; pouvoir — icide des sérums, XXXVIII, 74, 75; action des produits sécrétés par les — XXXVII, 446; action du sel sur les — XXXVIII, 119; action des antiseptiques sur les — XXXVII, 80; sort des spores de microbes dans l'organisme, XXXVIII, 484; des substances réductrices sur les — et les conditions

de développement dans les divers sols, XXXVIII, 76; l'acide silicique comme milieu nutritif pour les — XXXVII, 67; effets du courant galvanique sur les microbes, XXXVIII, 73; l'anaérobisme au point de vue de la guérison des plaies, XXXVIII, 74; indications fournies au diagnostic et au traitement des suppurations par les recherches — XXXVIII, 658; de la prédisposition morbide étudiée par l'inoculation de staphylocoques, XXXVIII, 486; recherche des microcoques pyogènes du sang, XXXVIII, 72; destruction des — pendant l'inflammation, XXXVII, 66; développement de bacilles dans le pus, XXXVII, 60; action des produits sécrétés par le — pyocyanique, XXXVIII, 490; races du bacille pyocyanique, XXXVIII, 77; variabilité du bacille rouge de Kiel, XXXVII, 465; distinction des staphylocoques blanc et orangé, XXXVIII, 79; maladie parasitaire de l'homme transmissible au lapin, XXXVIII, 49; les microbes de la bouche, XXXVII, 447; de l'endocardite, XXXVII, 436; diplocoque pneumonique dans le lait d'une femme atteinte de pneumonie, XXXVII, 69; pneumonie à streptocoques, XXXVII, 141; diffusion du pneumocoque dans la pneumonie, XXXVII, 141; déterminations pneumococciques sans pneumonie, XXXVII, 141; pleurésie à streptocoques, XXXVII, 144; parotidite à pneumocoques, XXXVIII, 664; angine pseudo-membraneuse à pneumocoques, XXXVIII, 302; angines à pneumocoques et à streptocoques, XXXVIII, 700; péritonite purulente à pneumocoques, XXXVII, 572; du — tuberculeux, XXXVIII, 73; influence de la quantité de bacilles inoculés sur l'évolution de la tuberculose, XXXVII, 451; action des cultures pures de bacilles tuberculeux, XXXVII, 451; conditions qui modifient la virulence du — tuberculeux, XXXVIII, 556, 560; action de substances chimiques produites par le bacille tuberculeux, XXXVIII, 560; association bactérienne de la tuberculose, XXXVIII, 560; alcaloïdes des bacilles tuberculeux, XXXVIII, 460; — de l'influenza, XXXVIII, 57, 145, 494; étude — des voies biliaires, XXXVIII, 568; origine microbienne des abcès du foie, XXXVII, 148; le bacille de la diphtérie, XXXVII, 71, 74; XXXVIII, 583, 584; lésions par migration des — dans l'oreille interne, XXXVIII, 711; origine — de l'ophtalmie sympathique, XXXVIII, 298; le microorganisme du trachome, XXXVIII, 698; passage des microbes de la mère au fœtus, XXXVIII, 190, recherches — sur les processus septiques chez l'enfant, XXXVIII, 205; examen — des lochies, XXXVIII, 189; staphylocoques chez les femmes saines, XXXVIII, 190; du bacille typhique, XXXVIII, 77; durée de vitalité du — typhique dans le corps, XXXVIII, 78; propriétés pyogènes du bacille d'Eberth, XXXVIII, 160; diagnostic du bacille typhique,

XXXVIII, 491; recherche du bacille typhique dans l'eau, XXXVIII, 491, 492; effet des hautes températures sur le bacille typhique, XXXVIII, 491; conservation des — typhiques dans l'eau potable, XXXVIII, 458; recherche des — typhiques, XXXVII, 488, 459, 460; acclimatement du virus typhique dans l'organisme du lapin, XXXVIII, 493; présence du bacille typhique dans l'urine, XXXVIII, 494; bacille d'Eberth dans un épanchement pleural, XXXVIII, 145; — typhique dans un foyer d'ostéite typhique, XXXVIII, 659; ostéomyélite suite d'infection vaccinale par les staphylocoques, XXXVIII, 659; — du choléra nostras, XXXVIII, 587; durée de vie des bacilles cholériques dans les excréments, XXXVIII, 501; métamorphoses chimiques dues à la croissance des bacilles cholériques, XXXVIII, 501; — de l'ostéomyélite, XXXVII, 78; du bacille tétanique, XXXVII, 77; XXXVIII, 82, 83; — dans les reins, dans les maladies infectieuses aiguës, XXXVIII, 475; néphrite — XXXVIII, 71; la — du charbon, XXXVII, 74, 75, 76; antagonisme entre les — du charbon et du pu bleu, XXXVII, 463; action du bacille de l'œdème malin sur les hydrates de carbone, XXXVIII, 46; le microbe du cancer, XXXVII, 463; XXXVIII, 50, 477; — du lupus, XXXVIII, 616; culture du bacille de la lèpre, XXXVIII, 617; — du rhinosclérome, XXXVIII, 617; recherches — dans les éruptions bulleuses, XXXVII, 578; — de la dermatite exfoliatrice, XXXVII, 188; — dans la syphilis, XXXVII, 584; syphilis au point de vue — XXXVII, 201; — de l'urètre normal, XXXVIII, 502; gonocoque dans les abcès blennorrhagiques périurétraux, XXXVII, 589; valeur étiologique du gonocoque, XXXVII, 207; différenciation des gonocoques, XXXVII, 207; de la non-spécificité du gonocoque XXXVIII, 230; la recherche du gonocoque en médecine légale, XXXVIII, 239; — de la balanoposthite, XXXVIII, 231; érysipèle produit par divers streptocoques, XXXVII, 463; microbe dans un cas de tumeurs lymphadéniques avec leucémie, XXXVIII, 80; — des viandes de conserve, XXXVII, 493; — des moules toxiques, XXXVII, 88; — des vêtements, XXXVIII, 116. — R. B., XXXVII, 312, 725; XXXVIII, 345, 720.

Baillement. — hystériques, XXXVII, 126.

Bains. — froids dans la pneumonie, XXXVIII, 104; — froids dans la fièvre typhoïde, XXXVIII, 107; — froids dans la fièvre typhoïde infantile, XXXVII, 566; la balnéation chlorurée sodique, XXXVIII, 531. — R. B., XXXVII, 313, 726 XXXVIII, 346, 721.

Balanite. Bactéries de la — posthite, XXXVIII, 231.

Bassin. Les suppurations pelviennes chez la femme, XXXVIII, 165; fractures du — avec déchirure de la vessie, XXXVIII,

- 661; résection temporaire du sacrum pour les opérations sur le — XXXVII, 538; ostéotomie du — XXXVII, 627; trépanation du — pour les abcès du — XXXVII, 634; rétrécissement du — XXXVII, 553; expression de la tête fœtale dans les rétrécissements du — XXXVII, 183; du — vicié par tumeurs, XXXVIII, 605; — oblique ovulaire, XXXVIII, 605; troubles viscéraux par affaiblissement du plancher pelvien, XXXVII, 173; fistules consécutives aux opérations sur les organes pelviens, XXXVII, 176. — R. B., XXXVII, 314, 726; XXXVIII, 346, 721.
- Baume du Pérou. — dans les ulcères syphilitiques et tuberculeux, XXXVIII, 621.
- Bec-de-lièvre. — R. B., XXXVII, 314, 726; XXXVIII, 721.
- Bégaînement. — hystérique, XXXVII, 130; XXXVIII, 135.
- Berberine. Action de la — XXXVII, 85.
- Bérberi. Du — à Hokkaido, XXXVIII, 588. — R. B., XXXVII, 726; XXXVIII, 722.
- Beurre. Analyse de — XXXVIII, 120.
- Bile. Apparition de l'oxy-hémoglobine dans la — XXXVIII, 445; influence de la — sur le suc pancréatique, XXXVIII, 437; influence de la présence de la — dans l'estomac sur la digestion, XXXVIII, 31; recherche de la — dans l'urine, XXXVII, 41; reflux de la — dans l'estomac, XXXVII, 524; élimination du fer par la — XXXVIII, 34.
- Biliaires (Voies). Abcès — XXXVII, 247; abcès sous — phrénique d'origine — XXXVII, 148; étude bactériologique des — XXXVIII, 568; obstruction des voies — XXXVII, 611; anurie par cancer des — XXXVII, 251; fistule — consécutive à une ponction de kyste hydatique, XXXVII, 611; épithéliome primitif de la vésicule — XXXVIII, 670; cathétérisme des — XXXVIII, 669; chirurgie de la vésicule — XXXVII, 611, 612; chirurgie des — XXXVIII, 259, 260, 265; observation de cholécystotomie, cholécystectomie, XXXVIII, 669; cholécystentérostomie, XXXVIII, 669; cholécystotomie pour calculs — XXXVII, 611, 612. — R. B., XXXVII, 314, 726; XXXVIII, 347, 722.
- Blennorrhagie. Valeur étiologique du gonocoque, XXXVII, 207; différenciation des gonocoques, XXXVII, 207; la recherche du gonocoque en médecine légale, XXXVIII, 239; de la non-spécificité du gonocoque, XXXVIII, 230; — des conduits para-urétraux, XXXVIII, 230; albuminurie dans la — XXXVIII, 231; — des canaux glandulaires para-urétraux et préputiaux, XXXVII, 589; diplocoque dans les abcès — péri-urétraux, XXXVII, 589; formes d'arthrite — XXXVIII, 628; rhumatisme — avec atrophie, XXXVIII, 628; périostite — XXXVIII, 628; déterminations cutanées de la — XXXVII, 208; érythèmes — XXXVIII, 231; arthopathies multiples et atrophie musculaire — XXXVIII, 231; la — comme cause d'inflammations pelviennes, XXXVIII, 591; la salpingite — XXXVII, 170, 590; XXXVIII, 591; traitement de la — par le salol, XXXVII, 103, 590; traitement des arthrites — XXXVII, 590. — R. B., XXXVII, 315, 727; XXXVIII, 347, 722.
- Borate. — de soude dans l'épilepsie, XXXVII, 599.
- Bouche. Les microbes de la — XXXVII, 447; lésions des glandes muqueuses de la — XXXVII, 196; kystes dermoïdes du plancher de la — XXXVII, 268; tumeurs des glandes, — XXXVII, 631; la — chez les imbéciles, XXXVIII, 643. — R. B., XXXVII, 315, 727; XXXVIII, 347, 723.
- Branchie. Les fistules — XXXVII, 55, les fentes — XXXVIII, 11. — R. B., XXXVII, 727.
- Bronche. Epithélium des — XXXVII, 13; physiologie des muscles des — XXXVII, 33; abcès périnéphrétique ouvert dans les — XXXVIII, 685; cancer des — XXXVII, 520. — R. B., XXXVII, 315, 727; XXXVIII, 347, 723.
- Bronchite. — méliniteuse, XXXVIII, 145.
- Broncho-pneumonie. — de la rougeole, XXXVII, 563; — érysipélateuse sans érysipèle externe, XXXVII, 141.
- Bromoforme. — dans la coqueluche, XXXVII, 108, 484.
- Bromure. — et antiseptisme intestinal, XXXVII, 599; — dans l'épilepsie, XXXVII, 599; — d'éthylène dans l'épilepsie, XXXVIII, 642.
- Brûlure. Mort par les — XXXVIII, 233; duodénite suite de — XXXVIII, 233. — R. B., XXXVII, 315, 727; XXXVIII, 347, 723.
- Bubon. Voy. lymphatique.

C

Calomel. Voy. mercure.

Cadavérine. De la — XXXVIII, 90.

Cadavre. Conservation de — pendant 40 ans dans l'eau salée, XXXVIII, 238. — R. B., XXXVII, 728.

Caféine. Action de la — XXXVII, 107, 108, 467, 468.

Calculs. — du rein et de l'urètre, XXXVIII, 684; — vésicaux, XXXVIII, 687; — de l'urètre, XXXVII, 261; — urétral chez l'enfant, XXXVIII, 207; laparotomie pour — intestinal, XXXVIII, 678. — Voy. bile, vessie.

Camphorique (Acide). Emploi de l' — XXXVII, 80; XXXVIII, 532; action antisudorale de l' — XXXVII, 484.

Canaux semi-circulaires. Développement des — XXXVII, 11; troubles consécutifs aux lésions des — XXXVIII, 37.

Cancer. Le microbe du — XXXVII, 403; XXXVIII, 50, 477; protozoaire comme parasite dans le — XXXVII, 78; les

lésions vasculaires dans le — et les rapports du — avec les lymphatiques, XXXVIII, 477; greffe cutanée sur des — XXXVIII, 244; — du pharynx, XXXVIII, 701; extirpation du — du larynx, XXXVIII, 710; — des bronches et du poumon, XXXVII, 520; — développé sur la base d'un ulcère de l'estomac, XXXVII, 145; — de l'estomac sans dyspepsie, XXXVII, 522; — du foie, XXXVII, 151; XXXVIII, 570; — des voies biliaires, XXXVII, 251; — de l'ombilic, XXXVIII, 665; — de l'intestin, XXXVII, 242; ablation de — du cœcum, XXXVII, 239; extirpation du — rectal, XXXVIII, 679; l'ablation de l'utérus — XXXVII, 171, 173; hystérectomie pour — utérin, XXXVII, 542, 544; XXXVIII, 176, 177; — traitement du — de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement, XXXVIII, 188; des récidives du — du sein, XXXVII, 234; — primitif de l'aîne, XXXVIII, 288; — du mésentère, XXXVIII, 598; — du pénis, XXXVIII, 690; injections de sublimé dans le — XXXVII, 104; les couleurs d'aniline, la pyocétanine dans le — XXXVIII, 529. — R. B., XXXVII, 315, 728; XXXVIII, 348, 723.

Cantharide. — ate de potasse dans la tuberculose, XXXVIII, 101, 525.

Capillaire. Division des cellules des — XXXVII, 8.

Capsule surrénale. Rapports fonctionnels des — avec d'autres organes, XXXVIII, 60; rapports des lésions des — avec la maladie d'Addison, XXXVIII, 577.

Carbone. Empoisonnement par l'oxyde de — dû à la distillation du goudron de houille, XXXVIII, 236; reconnaissance de l'oxyde de — dans le sang, XXXVII, 435; XXXVIII, 232; viciation de l'air par les poêles à gaz, XXXVIII, 232; action du bacille de l'œdème malin sur les hydrates de — XXXVIII, 46.

Carbonique (Acide). Combinaisons du sang avec l' — XXXVIII, 426. — R. B., XXXVIII, 723.

Carotide. Voy. artère.

Cartilage. Chondrite costale dans la fièvre typhoïde, XXXVIII, 659. — R. B., XXXVIII, 723.

Caséine. Formation du — ogène, XXXVIII, 437.

Castration. Voy. ovaire, testicule.

Cataracte. — chez les enfants, XXXVII, 644; extraction de — XXXVII, 285, 286; extraction de la — avant maturité, XXXVII, 644.

Catha. Du — edulis, XXXVII, 87.

Cécité. De la — corticale, XXXVIII, 63; — suite de méningite cérébro-spinale, XXXVIII, 297.

Cédrarine. De la — XXXVIII, 85.

Cèdre. — Empoisonnement par l'huile de — XXXVII, 88.

Cellule. Division des — des capillaires, XXXVII, 8; la spécificité — XXXVII, 10; sur les substances — nucléaires,

XXXVIII, 12; la division nucléaire, XXXVIII, 404; nutrition des — XXXVII, 60; formation de — géantes dans les tumeurs et la moelle des os, XXXVIII, 62; des dégénérescences — XXXVIII, 48. — R. B., XXXVII, 315, 728; XXXVIII, 348, 723.

Céphalo-rachidien. Fistule sacrée avec écoulement de — XXXVIII, 289.

Céphalotripsie. De la — XXXVII, 555; la — est-elle justifiable? XXXVII, 556. — R. B., XXXVIII, 315, 728. — Voy. accouchement.

Cerveau. Scissure de Sylvius et insula de Reil, XXXVIII, 1; le — antérieur, XXXVII, 2; le — des édentés, XXXVII, 3; trajet des fibres dans le pied du pédoncule et rapports du corps genouillé interne avec l'écorce grise, XXXVIII, 463; appareil veineux des artères — XXXVII, 403; topographie cranio — XXXVIII, 245; centre respiratoire, XXXVIII, 29; centre visuel, XXXVII, 22; centre laryngé, XXXVII, 25; mouvements produits par la faradisation du corps calleux, XXXVII, 22; centres thermiques, XXXVII, 450; centre du vomissement, XXXVIII, 420; ablation des centres des mouvements des membres, XXXVIII, 65; ablation des hémisphères — XXXVIII, 441; excitation des lobes optiques, XXXVIII, 421; troubles des mouvements après lésion — XXXVIII, 418; rythme de la contraction suite d'irritation corticale, XXXVIII, 418; effets de l'électrisation — pour les localisations, XXXVII, 419; influence du — sur la température, XXXVII, 25; de la pression — XXXVIII, 419; résultats sur le — des variations de pression artérielle, XXXVIII, 441; troubles du sens musical par lésion — XXXVII, 500; lésions des tubercules quadrijumeaux, XXXVII, 500; influence du chlorure de sodium sur la composition chimique du — XXXVII, 435; action de la strychnine sur le — XXXVII, 469; lésions — dans la chorée, XXXVIII, 56; de la sclérose en plaques multiple, XXXVIII, 543; sclérose en plaques avec tremblement de la face, XXXVIII, 543; lésions — dans la maladie pyocyanique, XXXVIII, 489; lésions — dans la paralysie générale, XXXVIII, 636, 637; paralysie — infantile, XXXVIII, 198; hémiplegie par lésion de la protubérance, XXXVII, 500; de l'hémianopsie, XXXVIII, 694; hémipopie avec hémianesthésie, XXXVIII, 535; de l'ophtalmoplogie, XXXVIII, 535; ophtalmoplogie nucléaire, XXXVII, 500; cécité corticale, XXXVII, 277; XXXVIII, 66; alexie sous-corticale, XXXVII, 500; aphasie optique, XXXVII, 500; aphasie hystérique, XXXVII, 561; étude des aphasies, XXXVIII, 535; des troubles de la lecture dans un cas de dyslexie, XXXVIII, 539; de l'ataxie héréditaire et de l'atrophie — XXXVIII, 545; — des microcéphales, XXXVIII, 643; de la microcéphalie, XXXVII, 593; micro-

- gyrie, XXXVII, 594; — des aliénés, XXXVIII, 630; thrombose des sinus — XXXVIII, 540; thrombose des sinus — puerpérale, XXXVIII, 604; syphilis — XXXVIII, 221, 625; actinomycose du — XXXVII, 505; tumeurs du — XXXVIII, 124, 535, 538; cysticerques du — XXXVIII, 124; hydatide du — XXXVII, 500; ablation d'une hydatide du — XXXVII, 560; chirurgie du — XXXVII, 605; XXXVIII, 245, 249; traitement des plaies, abcès et tumeurs, XXXVII, 212; XXXVIII, 245, 246, 247, 249, 644; plaie par arme à feu des deux lobes — XXXVIII, 245; chirurgie des ventricules — XXXVII, 212, 217; trépanation pour rupture de l'artère ménagée, XXXVII, 217; de la commotion — XXXVIII, 541; réduction d'une hernie du — XXXVIII, 644; drainage des ventricules — pour hydrocéphalie, XXXVIII, 252; excision de l'écorce — dans les psychoses, XXXVII, 592; craniectomie pour microcéphalie, XXXVIII, 252; greffe — XXXVIII, 66. — R. B., XXXVII, 316, 728; XXXVIII, 348, 724.
- Cervelet. Paralyse pseudo-bulbaire — XXXVIII, 126; hydatides du — XXXVIII, 124. — R. B., XXXVII, 317, 730; XXXVIII, 349, 725.
- Césarienne (Op.). Technique de l' — XXXVII, 557; obs. de — XXXVII, 557; ablation d'un fibrome intra-utérin par — XXXVIII, 601; — dans l'ostéomalacie, XXXVIII, 194; pronostic des grossesses postérieures à l' — XXXVII, 557. — R. B., XXXVII, 317, 730; XXXVIII, 349, 725.
- Chaleur. Étude de la — animale, XXXVII, 33; effets de la — sur la syphilis, XXXVIII, 229.
- Champignon. R. B., XXXVII, 317, 730; XXXVIII, 349.
- Chancre. Des — XXXVIII, 627; pseudo — indurés, XXXVII, 586; — de la conjonctive, XXXVII, 587; — extra-génitaux, XXXVII, 587; XXXVIII, 225; — des doigts, XXXVIII, 225; excision du — XXXVIII, 227; calomel contre le — phagédénique, XXXVIII, 230. — R. B., XXXVII, 730; XXXVIII, 725.
- Chanvre. Le — indien dans les névroses et dyspepsies gastriques, XXXVII, 103.
- Charbon. Du — symptomatique, XXXVIII, 495; destruction du virus — dans le tissu cellulaire du lapin, XXXVIII, 495; transmission du — de la mère au fœtus, XXXVII, 75; XXXVIII, 495; production des spores dans le — XXXVII, 76; antagonisme entre les bacilles du charbon et ceux du pus bleu, XXXVII, 463; le — des rats blancs, XXXVII, 74; virulence de la bactérie — après passage sur animaux réfractaires, XXXVII, 74; action du bacille — sur les hydrates de carbone XXXVIII, 46; le — des poules, XXXVIII, 81; de la vaccination — XXXVIII, 81. — R. B., XXXVII, 317, 730; XXXVIII, 349, 725.
- Chaulmogroa. Effets de l'huile de — — XXXVII, 580.
- Chaux. Elimination des sels de — par l'urine, XXXVII, 439.
- Chéloïde. R. B., XXXVII, 317. — Voy. cicatrice.
- Chenille. Conjonctivite produite par des poils de — XXXVII, 287.
- Cheveux. Aplasie moniliforme des — XXXVII, 582.
- Chimie. R. B., XXXVII, 730.
- Chimiotaxie. Propriétés — des leucocytes, XXXVII, 63.
- Chinoline. Action de la — XXXVII, 83.
- Chirurgie. Traité — XXXVII, 601; XXXVIII, 241; application de l'analyse spectroscopique du sang en — XXXVIII, 242. — R. B., XXXVII, 317, 730; XXXVIII, 350, 726.
- Chloral. Action du mono et du bi — XXXVII, 472; effets du — sur les actions chimiques respiratoires, XXXVIII, 88; — antipyrine, XXXVIII, 509; action du — XXXVIII, 510.
- Chloralamide. Action de la — XXXVII, 472; XXXVIII, 88, 510; — dans l'aliénation, XXXVII, 600.
- Chlorhydrique (Acide). Voy. estomac.
- Chlore. Asthme consécutif à l'inhalation de — XXXVIII, 517.
- Chloroforme. Absorption du — XXXVIII, 515; troubles nutritifs après l'anesthésie — XXXVII, 41; traitement de la fièvre typhoïde par le — XXXVII, 485. — Voy. anesthésie.
- Chlorose. R. B., XXXVII, 317, 731; XXXVIII, 350, 726.
- Chlorure. Effets des solutions concentrées de — XXXVII, 83; traitement des petits kystes par le — de zinc, XXXVII, 237; traitement des métrites par le — de zinc, accidents et suites, XXXVIII, 167.
- Cholécysectomie. Obs. de — XXXVII, 248, 611, 612; XXXVIII, 260, 265, 669.
- Cholécyentérostomie. Obs. de — XXXVIII, 259, 260, 265, 669.
- Cholécyotomie. Obs. de — XXXVII, 611, 612; XXXVIII, 259, 265, 669.
- Choléra. Durée de vie des bacilles — dans les excréments, XXXVIII, 501; métamorphoses chimiques dues à la croissance des bacilles — XXXVIII, 501; la toxine du — XXXVIII, 45; bactériologie du — nostras, XXXVIII, 587; transmission du — de la mère au fœtus, XXXVII, 460; traitement du — infantile, XXXVIII, 201; action microbicide du touraillon sur le bacille — XXXVII, 460. — R. B., XXXVII, 318, 731; XXXVIII, 350, 726.
- Cholestéatome. Du — XXXVIII, 64.
- Cholestérine. De la — XXXVII, 441.
- Chorée. Examen de 22 cas de — XXXVIII, 549; — héréditaire, XXXVII, 129; — progressive, XXXVII, 129; rapports de la — et du rhumatisme, XXXVIII, 199; — due aux vers intestinaux, XXXVII, 561; hystérie simulant la — XXXVII, 126; lésions cérébrales dans la — XXXVIII, 56. — R. B., XXXVII, 318, 731; XXXVIII, 350, 726.
- Choroïde. R. B., XXXVII, 318, 731; XXXVIII, 350, 726.

- Chyle. Composition du — XXXVII, 38 ; kyste — du mésentère, XXXVII, 620.
- Chylurie. Thymol dans la — XXXVIII, 532. — R. B., XXXVII, 318, 731 ; XXXVIII, 350.
- Cicatrice. Du tissu de granulation, XXXVIII, 472. — R. B., XXXVII, 318 ; XXXVIII, 726.
- Cimetière. R. B., XXXVII, 319, 731.
- Circoncision. De la — XXXVIII, 691.
- Circulation. — veineuse de l'embryon, XXXVII, 8 ; rapports entre les troubles oculaires et les désordres — XXXVIII, 694. — R. B., XXXVII, 319, 731 ; XXXVIII, 350, 726.
- Cirrhose. Variétés de — du foie, XXXVIII, 148 ; varices œsophagiennes dans la — du foie, XXXVIII, 148 ; — hypertrophique, XXXVII, 150, 151 ; otorragie dans la — XXXVIII, 314. Voy. foie.
- Cladotrix. Pseudo-tuberculeuse produite par un — XXXVII, 450.
- Clavicule. Voy. os.
- Climat. Influence du — sur la maladie de Bright, XXXVIII, 156 — R. B., XXXVII, 319, 731 ; XXXVIII, 350, 726.
- Clinique. Leçons de — XXXVII, 120, 121, 499.
- Coagulation. — du sang, XXXVII, 49, 435 ; influence des sels sur la — XXXVIII, 430, 431, 432, 433. Voy. sang.
- Cocaine. La série — XXXVII, 465 ; action de la — XXXVII, 436, 467 ; réaction de la — XXXVII, 444 ; anesthésie par la — XXXVII, 602 ; anesthésie par la — en obstétrique, XXXVII, 546 ; — et médication cataphorique, XXXVII, 486 ; forme de — isme, XXXVIII, 95 ; empoisonnement par la — XXXVIII, 95, 516.
- Coccidie. Sur les — XXXVII, 66.
- Cœcum. Traitement de la typhlite, XXXVIII, 671 ; extirpation de l'appendice vermiforme, XXXVIII, 671 ; traitement chirurgical de l'appendicite et de la pérityphlite, XXXVII, 237 ; résection du — pour cancer avec iléocolostomie, XXXVII, 239. Voy. intestin.
- Cœur. Le — embryonnaire, XXXVIII, 11 ; relations réciproques du — et des vaisseaux, XXXVII, 424 ; innervation du — XXXVII, 426 ; action électromotrice du — XXXVII, 30 ; pression négative dans les ventricules, XXXVII, 425 ; nutrition du — XXXVII, 424 ; action de l'eau ingérée sur le — XXXVIII, 108 ; cause du premier bruit du — XXXVIII, 433 ; traité des maladies du — XXXVIII, 140 ; maladies du — dans la grossesse, XXXVII, 136 ; bruits du — chez le fœtus, XXXVII, 560 ; étude comparée de la propagation des souffles chez l'adulte et chez l'enfant, XXXVIII, 554 ; double bruit systolique dans la carotide et la sous-clavière, XXXVIII, 554 ; une pulsation artérielle perceptible pour 2 contractions — XXXVIII, 554 ; les pulsations — œsophagiennes, XXXVII, 37 ; — gras, XXXVII, 136 ; sclérose du myocarde, XXXVII, 136 ; vertige — vasculaire, XXXVII, 140 ; tachycardie hystérique, XXXVIII, 135 ; tachycardie paroxystique, XXXVIII, 141 ; rétrécissement mitral et hystérie, XXXVII, 516 ; insuffisance mitrale alternante, XXXVII, 136 ; de l'hypertrophie et de la dilatation du — XXXVII, 513 ; maladies orificielles du — XXXVIII, 468 ; anomalies — congénitales, XXXVIII, 468 ; signe de Muller dans l'insuffisance aortique, XXXVII, 137 ; myocardite diphtéritique, XXXVII, 137 ; surmenage du — droit dans les maladies du poulmon, XXXVII, 136 ; localisations — du paludisme, XXXVII, 164 ; altérations des os dans les affections chroniques du — XXXVII, 514 ; foie — chez l'enfant, XXXVII, 566 ; coexistence de lésions — et de lésions pelviennes, XXXVIII, 187 ; troubles du — dans les maladies utérines, XXXVII, 167 ; syphilis du — XXXVIII, 224 ; suicide par plaie du — avec une épine, XXXVIII, 233. — R. B., XXXVII, 319, 732 ; XXXVIII, 350, 726.
- Colélique. Action du — XXXVII, 85.
- Colotomie. Voy. anus.
- Commotion. De la — cérébrale, XXXVIII, 541 ; de la — médullaire, XXXVII, 219.
- Conjonctif (Tissu). Le — réticulé, XXXVIII, 403. — R. B., XXXVII, 732 ; XXXVIII, 728.
- Conjonctive. Développement du sac — XXXVIII, 14 ; xérosis de la — XXXVII, 641 ; chancre de la — XXXVII, 587.
- Conjonctivite. Forme de — infectieuse, XXXVII, 274 ; — produite par les poils de chenille, XXXVII, 287 ; hyperplasique, XXXVII, 274 ; traitement de la — granuleuse, XXXVIII, 294. — R. B., XXXVII, 321, 732 ; XXXVIII, 351, 728.
- Contagion. R. B., XXXVIII, 351.
- Constipation. Traitement de la — chronique, XXXVIII, 533.
- Coqueluche. Thym dans la — XXXVIII, 105 ; bromoforme dans la — XXXVII, 108, 484. — R. B., XXXVII, 321, 733 ; XXXVIII, 351, 728.
- Corde. Voy. embryon.
- Cordon ombilical. Insertion vélamenteuse du — sur un placenta bilobé, XXXVIII, 607 ; prociidence du — dans l'accouchement gémellaire, XXXVII, 550. — R. B., XXXVII, 733 ; XXXVIII, 352, 728.
- Corne. R. B., XXXVII, 321.
- Cornée. Endothélium de la — XXXVII, 412 ; staphylome de la — XXXVII, 275 ; traitement des ulcères — XXXVIII, 214. — R. B., XXXVII, 321, 733 ; XXXVIII, 352, 728.
- Corps étranger. Aiguille magnétique pour un — XXXVII, 633 ; — du larynx, XXXVIII, 740 ; — de l'orbite, XXXVIII, 293, 301 ; — de l'iris, XXXVIII, 301 ; — de l'œil, XXXVIII, 301 ; de l'œsophage, XXXVIII, 666 ; — de l'estomac, XXXVII, 242 ; fragments osseux dans la vessie, XXXVIII, 273. — R. B., XXXVII, 321, 733 ; XXXVIII, 352, 729.
- Cotarine. — et hydro — XXXVIII, 504.
- Côte. Variétés numériques des — XXXVII, 57.

Cou. Phénomène de la compression du faisceau vasculo-nerveux du — XXXVII, 28. — R. B., XXXVIII, 729.

Crachat. Voy. expectoration.

Crâne. Topographie. — XXXVIII, 245 ; variations thermiques — durant le langage parlé, XXXVIII, 442 ; déformation du — dans la myopathie progressive, XXXVIII, 139 ; anomalies de l'occipital chez les aliénés, XXXVII, 600 ; tumeur du — suivant le trajet de la 5^e paire, XXXVIII, 480 ; traitement des fractures de la base — XXXVII, 218 ; obturation osseuse des pertes de substances du — XXXVII, 218 ; intervention chirurgicale dans les lésions — XXXVII, 603, 605 ; fracture du —, trépanation, XXXVII, 571 ; XXXVIII, 644 ; plaies par armes à feu du —, XXXVIII, 644 — R. B., XXXVII, 322, 734 ; XXXVIII, 352, 729.

Craniectomie. — chez les microcéphales et les idiots, XXXVIII, 252 ; — pour microcéphalie, XXXVIII, 647.

Craniométrie. — dans la syphilis héréditaire, XXXVIII, 221.

Créoline. Action de la — XXXVIII, 85.

Créosote. — dans la tuberculose, XXXVIII, 99 ; injections d'huile — à hautes doses, XXXVIII, 218 ; injections de — dans la tuberculose, XXXVIII, 520, 524, 525 ; lavements — dans la tuberculose, XXXVIII, 526.

Crésalol. Du — XXXVIII, 85.

Crétinisme — et myxœdème, XXXVII, 596 ; obs. de — XXXVIII, 643 ; R. B., XXXVIII, 353.

Criminel. R. B., XXXVII, 734 ; XXXVIII, 353.

Crystallin. Anomalie du — XXXVIII, 644 ; plaie de la capsule antérieure, XXXVII, 276 ; rupture de la cristalloïde sans lésion cornéenne, XXXVII, 276. — R. B., XXXVII, 322, 734 ; XXXVIII, 353, 730.

Cristaux. — de Charcot dans les tissus vivants, XXXVIII, 478.

Croissance. R. B., XXXVIII, 730.

Crotonolique (Acide). De l' — XXXVIII, 514.

Curare. Action du — XXXVII, 86.

Cyanhydrique (acide). Etude de l' — XXXVIII, 81 ; l' — dans la tuberculose, XXXVIII, 524.

Cysticerque. — du cerveau, XXXVIII, 124 ; — de l'œil, XXXVII, 287. — R. B., XXXVII, 323, 735 ; XXXVIII, 731.

Cystinurie. De la — XXXVII, 441.

Cystite — aiguë malariale, XXXVIII, 690 ; bleu de méthyle dans la — XXXVIII, 529. Voy. vessie.

Cystocèle. Traitement de la — vaginale, XXXVII, 537. Voy. vessie.

Cystopexie. Voy. vessie.

Dégénérescence. R. B., XXXVIII, 353.

Délivrance. Durée de la — XXXVII, 180 ; rôle de la vessie pendant la — XXXVIII, 610. Voy. accouchement.

Démographie. R. B., XXXVII, 323, 735.

Dengue. R. B., XXXVII, 323, 735.

Dent. Transformations de l'arc — XXXVIII, 410 ; le ligament alvéolo — XXXVIII, 411. — R. B., XXXVII, 735 ; XXXVIII, 353, 731.

Dermatite. Bactériologie de la — exfoliatrice, XXXVII, 188 ; — des ouvriers en couleurs de goudron de houille, XXXVII, 117.

Dermatomyosite. — aiguë, XXXVIII, 211.

Dermatose. — de Darier, XXXVIII, 210. Voy. peau.

Dermographie. Etude anatomique sur l'état — de la peau, XXXVIII, 212.

Désarticulation. Voy. Amputation.

Désinfection. — par la chaleur, XXXVII, 488 ; étuves de — XXXVIII, 118 ; — R. B., XXXVII, 323, 735 ; XXXVII, 353, 731.

Diabète. Le — est-il contagieux ? XXXVII, 160 ; le ferment glycolytique et la pathogénie du — XXXVIII, 35 ; — pancréatique, XXXVII, 159 ; étiologie du — XXXVIII, 152 ; activité gastrique chez les — XXXVIII, 152 ; nouvelle forme clinique de — XXXVIII, 576 ; — transitoire, XXXVII, 160 ; anatomie pathologique du — XXXVII, 159 ; le rein — XXXVII, 159 ; altérations de l'estomac dans le — XXXVII, 525 ; variations des leucocytes dans le — XXXVIII, 575 ; albuminurie du — XXXVIII, 575 ; exploration du foie dans le — XXXVII, 157 ; XXXVIII, 150 ; paralysies — XXXVII, 159 ; paraplégie — XXXVII, 159 ; coma — XXXVII, 159 ; acétonurie dans le — XXXVII, 159 ; chute spontanée des ongles chez les — XXXVIII, 152 ; — insipide, XXXVII, 160 ; — insipide périodique, XXXVIII, 156 ; — insipide et obésité, XXXVIII, 152 ; — insipide d'origine syphilitique, XXXVIII, 224 ; jambul dans le — 103. — R. B., XXXVII, 323, 735 ; XXXVIII, 353, 731.

Diarrhée. Salol dans la — infantile, XXXVII, 567 ; acide lactique dans la — verte, XXXVIII, 203. Voy. intestin.

Diazo-réaction, XXXVIII, 451. Voy. urine.

Digestion. Influence de la bile dans l'estomac sur la — XXXVIII, 31 ; influence des mouvements du corps dans la — XXXVIII, 32 ; influence de l'alcool sur la — XXXVIII, 33 ; influence des vins sur la — XXXVIII, 95 ; — de la gélatine, XXXVII, 430 ; — des graisses, XXXVIII, 34. — R. B., XXXVII, 324 ; 736 ; XXXVIII, 354, 731.

Digitale. Action de la — XXXVII, 467 ; — dans la pneumonie, XXXVIII, 104.

Diphthérie. Le bacille — XXXVII, 74 ; XXXVIII, 583, 584 ; nature et étiologie de la — XXXVII, 71, 521 ; XXXVIII, 80, 582, 584 ; le lait et la — XXXVIII, 583, 584 ; de la — XXXVII, 452 ; immunité pour la — XXXVII, 453, 456 ; — des pigeons, XXXVII, 452 ; épidémie de

D

Daltonisme. Examen du — XXXVIII, 693. R. B., XXXVII, 323.

Datura. Empoisonnement par le — XXXVIII 97.

— XXXVII, 521; la — en Prusse, XXXVIII, 586; la — en Belgique, XXXVIII, 163; traité de la — XXXVII, 164; épidémie d'amygdalite — oïde, XXXVII, 564; obs. de — XXXVII, 564; — et gangrène, XXXVIII, 586; crises bulbares dans les paralysies — XXXVIII, 586; myocardite infectieuse — XXXVII, 137; complications articulaires de la — XXXVII, 522; suppression des réflexes tendineux dans la — XXXVII, 564; vomissements répétés dans la — XXXVII, 565; prophylaxie de la — XXXVIII, 112; traitement de la — XXXVIII, 108; traitement de l'angine — XXXVII, 650; tubage du larynx dans le croup, XXXVIII, 312. — R. B., XXXVIII, 324, 736; XXXVIII, 354, 731.

Diurèse. — mercurielle, XXXVIII, 532.

Diurétique. Action de la — XXXVII, 486; XXXVIII, 504, 505.

Doigt. Goutte des — XXXVIII, 576; chancres des — XXXVIII, 225; du paranasal infectueux, XXXVII, 265; luxation irréductible du pouce, XXXVIII, 663; fibro-sarcome des — XXXVII, 266.

Duodénum. Mouvements du — XXXVII, 38; lésions du — suite de brûlures, XXXVIII, 233; rétrécissement congénital du — XXXVIII, 206. *Voy.* intestin.

Dysenterie. Présence d'amibes dans la — XXXVII, 525; — suite d'injection mercurielles, XXXVII, 204; lavage du gros intestin dans la — des pays chauds, XXXVII, 107. — R. B., XXXVII, 325, 737; XXXVII, 354, 732.

Dyslexie. *Voy.* cerveau.

Dyspepsie. *Voy.* estomac.

Dystocie. *Voy.* accouchement.

E

Eau. La pureté des — XXXVIII, 114; les — de Zurich, XXXVIII, 113; les — d'Alger, XXXVIII, 113; désinfection de l' — par la bouillie magnésienne, XXXVIII, 323; l' — bouillie dans l'alimentation, XXXVII, 118; plomb dans l' — de Seltz, XXXVII, 495; l' — transmet-elle le paludisme, XXXVIII, 582; action de l'ingestion d' — sur le cœur, XXXVIII, 108; le bacille typhique dans l' — potable, XXXVII, 458, 459; recherche du bacille typhique dans l' — XXXVIII, 491, 492. — R. B., XXXVII, 325, 737; XXXVIII, 355, 732.

Eaux minérales. Conservation des — XXXVII, 492; la balnéation chlorurée sodique, XXXVIII, 531. — R. B., XXXVII, 325; XXXVIII, 355, 732.

Eclampsie. Nature de l' — XXXVIII, 191; de l' — XXXVII, 548; XXXVIII, 502; le foie des — XXXVIII, 609. — R. B., XXXVII, 326, 737; XXXVIII, 355, 732.

Ecole. Myopie — XXXVIII, 117.

Ecthyma. — R. B., XXXVII, 327.

Eczéma. — mortel chez l'enfant, XXXVII, 568; — des polisseurs de meubles, XXXVII, 118; — syphilitique, XXXVII, 204. — R. B., XXXVII, 737; XXXVIII, 355, 733.

Electricité. Force — motrice produite par la respiration, XXXVII, 421; excitation des nerfs par dérivation de courants, XXXVIII, 442; détermination des localisations cérébrales par l' — XXXVII, 419; action — motrice du cœur, XXXVII, 30; effets de l' — sur le système vasomoteur, XXXVII, 31; résistance — du corps en santé et dans la maladie, XXXVIII, 443; effets du courant — sur les microbes, XXXVIII, 73; effet du courant constant sur l'intestin, XXXVII, 434; effets de l' — sur les tissus, XXXVII, 475; — pour activer l'action de la cocaïne, XXXVII, 486; — du canal nasal, XXXVIII, 292; — puncture pour un goitre kystique, XXXVIII, 257; — dans les rétrécissements de l'urètre, XXXVII, 259, 261; XXXVIII, 688; — en gynécologie, XXXVIII, 180, 181; — contre les fibromes utérins, XXXVII, 540, 541; XXXVIII, 180, 181, 602. — R. B., XXXVII, 327, 737; XXXVIII, 355, 733.

Electrolyse. *Voy.* électricité.

Éléphantiasis. — symétrique, XXXVII, 575; testicule atteint de lésions — XXXVII, 575. — R. B., XXXVII, 327; 738; XXXVIII, 355, 735.

Embolie. Transport des — XXXVII, 52; origine — des nodosités rhumatismales, XXXVIII, 58. — R. B., XXXVII, 327, 738; XXXVIII, 733.

Embryologie. Traité — XXXVII, 401; développement du petromyzone, XXXVIII, 8; développement de la salamandre, XXXVIII, 407; développement du cœur, XXXVIII, 11; les fentes branchiales, XXXVIII, 11; développement de la corde dorsale, XXXVII, 9; XXXVIII, 413; ébauches ganglionnaires chez l' — XXXVIII, 401; les segments du tronc chez l' — XXXVIII, 405; développement de l'intermaxillaire externe, XXXVII, 56; circulation veineuse de l' — XXXVII, 8. — R. B., XXXVII, 327, 738; XXXVIII, 355, 733.

Embryotomie. De l' — céphalique, XXXVII, 555. *Voy.* céphalotripsie.

Emphysème. — pulmonaire suite d'occlusion nasale, XXXVII, 650; — généralisé suite d'ulcère laryngé, XXXVII, 655. — R. B., XXXVIII, 355.

Empoisonnement. — par l'opium, XXXVII, 478; — par la cocaïne, XXXVIII, 95, 516; — par l'hyoscine, XXXVIII, 516; — par le datura stramonium, XXXVIII, 97; — par la santoline, XXXVIII, 95; — par l'antipyrine, XXXVIII, 515; — par l'oxyde de carbone dû à la distillation du goudron de houille, XXXVIII, 235; — par l'huile de cèdre, XXXVII, 88; — par l'eau blanche, XXXVIII, 235; variations de la lécitine dans l' — par le phosphore, XXXVII, 442; — par l'acide phénique, XXXVIII, 98; — par la roburite, XXXVII, 477; — par le nitrobenzol, XXXVIII, 517 — par l'iodo-

- forme, XXXVII, 477; — par l'acide oxalique, XXXVIII, 546; influence de l' — par le mercure sur l'élimination de PhO et du Ca, XXXVIII, 517; répartition du mercure dans l' — par le sublimé, XXXVIII, 96; lésions de l' — mercuriel, XXXVIII, 97; — par le calomel, XXXVIII, 97; — par le sublimé, XXXVII, 478; — par les moules, XXXVII, 88; — par de la viande mauvaise, XXXVIII, 518. — R. B., XXXVII, 327, 738; XXXVIII, 355, 734.
- Empyème. Traitement de l' — XXXVII, 482, 483; suppression du lavage après l'opération de l' — XXXVII, 94. *Voy.* plevre.
- Encéphalite. — spontanée, XXXVIII, 462; de l' — primitive, XXXVIII, 123; lésions de l' — de l'enfance, XXXVII, 594; — syphilitique, XXXVIII, 625. *Voy.* cerveau.
- Encéphalocèle. Hydr — de la racine du nez, XXXVIII, 303.
- Enchondrome. — du sternum, XXXVII, 222. *Voy.* cartilage.
- Endocardite. Bactériologie del' — XXXVII, 136; — tuberculeuse, XXXVII, 51; de l' — puerpérale, XXXVIII, 603. *Voy.* cœur.
- Enfant. Traité de pathologie — XXXVII, 559; échanges nutritifs chez l' — atteint de fièvre, XXXVII, 44, 560; recherches bactériologiques sur les processus septiques chez l' — XXXVIII, 205; les anémies de la première — XXXVIII, 203; examen du nez et de la gorge chez 2238 — XXXVIII, 700; paralysie cérébrale — XXXVIII, 198; lésions dans l'encéphalite de l' — XXXVII, 594; hydatide du cerveau, XXXVII, 560; aphasie hystérique, XXXVII, 511; paralysie spinale, XXXVII, 560; tétanie chez l' — XXXVIII, 199; état syncopeal subintrant, XXXVIII, 199; toux aboyante des — XXXVIII, 200; tuberculose des — XXXVII, 561; paralysie dans la pneumonie, XXXVIII, 199; abcès du poulmon, XXXVIII, 200; hydatides du poulmon, XXXVIII, 200; empyème double, XXXVIII, 200; empyème avec fistule œsophagienne, XXXVIII, 200; pleurésies purulentes chez l' — XXXVII, 563; asthme essentiel chez l' — XXXVII, 563; foie cardiaque chez l' — XXXVII, 566; albuminurie chez l' — XXXVII, 567; péritonite herniaire par perforation cutanée, XXXVIII, 202; rhumatisme nouveau chez l' — XXXVII, 568; arthrite avec vulvo-vaginite chez des — XXXVII, 573; eczéma mortel chez des — XXXVII, 568; urticaire chez les — XXXVII, 578; de l'impetigo chez l' — XXXVIII, 613; traitement du choléra — XXXVIII, 201; traitement de la diarrhée — XXXVIII, 203; salol dans la diarrhée — XXXVII, 567; élimination de l'antipyrine chez l' — XXXVI, 509; emploi de l'antifébrine, de l'antipyrine et de la phénacétine chez l' — XXXVIII, 204; bains froids dans la fièvre typhoïde, chez l' — XXXVII, 566; mort par le chloroforme chez des — XXXVII, 570;
- cataracte chez l' — XXXVII, 644; trépanation du rachis chez un — XXXVIII, 208; tuberculose testiculaire chez l' — XXXVII, 573; cure radicale des hernies chez l' — XXXVIII, 208; calcul urétral, XXXVIII, 207; litholapaxie chez l' — XXXVII, 573. — R. B., XXXVII, 328, 739; XXXVIII, 356, 734.
- Entérectomie. *Voy.* intestin.
- Entérite. — tuberculeuse, XXXVII, 524.
- Entérorraphie. *Voy.* intestin.
- Entérostomie. *Voy.* intestin.
- Entérotomie. *Voy.* intestin.
- Ephélides. Des — XXXVIII, 214.
- Epidémies. — diverses, XXXVII, 491, 492. — R. B., XXXVIII, 741.
- Epiderme. *Voy.* peau.
- Epidermolyse. — bulleuse, XXXVII, 578.
- Epididyme. *Voy.* testicule.
- Epilepsie. Rapports des ganglions centraux avec les attaques d' — XXXVIII, 483; — corticale, XXXVIII, 124; — d'origine infectieuse, XXXVII, 598; symptômes oculo-moteurs dans l' — XXXVII, 598; tremblements chez les — XXXVIII, 641; folie — XXXVIII, 641; sulfonal dans l' — XXXVII, 104; borate de soude dans l' — XXXVII, 599; bromures dans l' — XXXVII, 599; bromure d'éthylène dans l' — XXXVIII, 642; ligature de l'artère vertébrale dans l' — XXXVIII, 642; trépanation pour — XXXVIII, 245, 249, 644; trépanation pour — traumatique, XXXVII, 212. — R. B., XXXVII, 330, 741; XXXVIII, 357, 736.
- Épithéliome. — primitif de la vésicule biliaire, XXXVIII, 670. — R. B., XXXVII, 330, 741; XXXVIII, 736.
- Épithélium. Physiologie de l' — vibratile, XXXVII, 34; — de la trachée et des bronches, XXXVII, 13; — de l'intestin, XXXVIII, 17. — R. B., XXXVII, 741.
- Érectile (Tissu). — des fosses nasales, XXXVIII, 15.
- Éruptions. — grippales, XXXVII, 528; recherches microbiennes dans les — bulbeuses, XXXVII, 578; — médicamenteuses, XXXVIII, 220. — R. B., XXXVII, 741. — *Voy.* exanthème.
- Erysipèle. Influence des nerfs sur l'infection — XXXVIII, 500; — produit par divers streptocoques, XXXVII, 463; — du pharynx et du larynx, XXXVII, 658; broncho-pneumonie — sans — externe, XXXVII, 141; guérison de la tuberculose par un — XXXVIII, 102; amélioration de la phthisie par un — XXXVII, 481. — R. B., XXXVII, 330, 741; XXXVIII, 357, 736.
- Érythème. — Épidémie d' — nouveaux, XXXVII, 569; — scarlatiniforme desquamant, XXXVII, 187; — scarlatiniforme quinique, XXXVII, 188; — circiné syphilitique, XXXVIII, 626; — de la blennorrhagie, XXXVIII, 231; — d'origine mercurielle, XXXVIII, 618. — R. B., XXXVII, 331, 741.
- Essence. Action produite par les — XXXVIII, 91.
- Estomac. Glandes — XXXVII, 433; in-

nervation des glandes — XXXVIII, 31; terminaisons nerveuses dans l' — XXXVII, 5; mouvements de l' — et du pylore, XXXVII, 38; action du suc gastrique sur des microbes pathogènes, XXXVII, 62; pouvoir antipeptique des antipeptiques, XXXVII, 105; influence des alcools, du café sur la protéolyse gastrique, XXXVII, 105; action du suc gastrique sur les fermentations, XXXVII, 432; pouvoir d'absorption de l' — XXXVIII, 30; influence de la présence de la bile dans l' — sur la digestion, XXXVIII, 31; influence des mouvements sur la digestion — XXXVIII, 32; influence de l'alcool sur la digestion — XXXVIII, 33; examen du suc — XXXVIII, 32; l'acide chlorhydrique du suc — XXXVIII, 42; estimation des peptones dans le suc — XXXVIII, 39; dosage de HCl dans le suc gastrique, XXXVII, 438; procédé d'estimation de l'acide chlorhydrique dans l' — XXXVII, 145; le chimisme — XXXVII, 289; XXXVIII, 573; formation de protéoses et de peptones dans la digestion — XXXVIII, 435; de la pseudo-gastralgie hyperchlorhydrique, XXXVII, 105; de l'hyperchlorhydrie primitive, XXXVII, 522; état de la contractilité — XXXVIII, 147; reflux de la bile dans l' — XXXVII, 524; percussion de l' — XXXVII, 145; la dilatation — XXXVII, 145; des névroses mixtes de l' — XXXVII, 145; pathologie et traitement de la dyspepsie — XXVII, 145; diagnostic de l'ulcère et du catarrhe — XXXVIII, 574; gastrite subaiguë, XXXVIII, 147; cancer de l' — sans dyspepsie, XXXVII, 522; cancer développé sur la base d'un ulcère — XXXVII, 145; lésions de l' — dans le diabète, XXXVII, 525; XXXVIII, 152; tuberculose — XXXVIII, 59; psychoses d'origine — XXXVII, 591; abcès gazeux sous-diaphragmatiques par perforation d'ulcères de l' — XXXVIII, 258; perforations de l' — post mortem, XXXVIII, 237; rupture spontanée de l' — XXXVII, 54; oxygène dans le traitement des maladies de l' — XXXVIII, 107; cannabis dans les névroses et dyspepsies — XXXVII, 106; traitement des ulcères — XXXVII, 145; sténose expérimentale du pylore, XXXVII, 59; corps étranger de l' — XXXVII, 242; plaie par arme à feu de l' — XXXVII, 240; fistule — colique, XXXVII, 242; gastrostomie pour cancer de l'œsophage, XXXVIII, 257; résection du pylore et gastro-entérostomie, XXXVII, 245; obs. de gastrostomie, XXXVIII, 666; opération de Loretta pour rétrécissements du pylore, XXXVIII, 666; résections de l' — XXXVIII, 258. — R. B., XXXVII, 331, 741; XXXVIII, 357, 737.

Éther. L'action de l' — sur le rein, XXXVII, 41; paralysie suite d'injection d' — XXXVII, 123; buveurs d' — XXXVII, 600.

Étranglement. Voy. hernie, intestin, occlusion intestinale.

Eucalyptol. — dans la tuberculose, XXXVIII, 100.

Exalgine. Action de l' — XXXVII, 84.

Exanthème. — vaccinal, XXXVII, 187; — quinique, XXXVII, 188; — par la rhubarbe, XXXVII, 619; influence de l'antipepsie intestinale sur les — médicamenteux, XXXVIII, 618. — R. B., XXXVII, 332; XXXVIII, 358, 738.

Exophtalmos. Voy. Œil.

Exostoses. — ostéogéniques multiples, XXXVII, 55, 571; des — multiples XXXVII, 232; — sous-unguéale, XXXVII, 629; — en griffe, XXXVII, 628. — Voy. Os.

Expectoration. Étude des crachats, XXXVII, 52; — verte, XXXVIII, 51; — albumineuse. XXXVII, 156. — R. B., XXXVII, 332.

Exstrophie. Traitement de l' — vésicale, XXXVII, 255, 256.

F

Face. Paralysie — hystérique, XXXVII, 512, 561; XXXVIII, 134; abcès des sinus frontaux, XXXVIII, 705; farcinose de la — XXXVIII, 217. — R. B., XXXVII, 332, 743; XXXVIII, 358, 738.

Farcinose. — de la face, XXXVIII, 217.

Favus. Cultures du — XXXVII, 200.

Fèces. Valeur des — argileuses sans jaunisse, XXXVIII, 149.

Fer. Elimination du — XXXVIII, 457; élimination du — par la bile, XXXVIII, 34; sous quelle forme le — est-il résorbé? XXXVII, 443; effets des sels de — sur la coagulation du sang, XXXVII, 435.

Ferment. Des — coagulants, XXXVIII, 40; — de la fibrine, XXXVII, 44; — lab et fibrine, XXXVIII, 436; des — non figurés, XXXVIII, 29; — de l'urée, XXXVII, 439; action des — hydrolytiques, XXXVII, 87; action du suc gastrique sur les — XXXVII, 432. — R. B., XXXVII, 332, 743; XXXVIII, 738.

Fibrine. Rapports du — ferment avec la production de la fièvre, XXXVII, 449; ferment de la — XXXVII, 44.

Fibrome. — des nerfs, XXXVIII, 652; structure et origine des — utérins, XXXVIII, 179; traitement comparé des — XXXVIII, 179; traitement des — utérins, XXXVII, 176, 177, 179, 180, 181, 540, 541; XXXVIII, 601, 602; complications de la grossesse et de l'accouchement par les — XXXVIII, 188; dystocie par — utérins, XXXVIII, 611. — R. B., XXVII, 358, 738. Voy. utérus.

Fièvre. Echanges respiratoires dans la — XXXVII, 61; échanges nutritifs chez l'enfant atteint de — XXXVII, 44, 560; composition des gaz du sang dans la — XXXVIII, 430; recherches

sur la — et l'hyperthermie, XXXVIII, 488; rapports du fibrine ferment avec la production de la — XXXVII, 449; doctrine de la — XXXVII, 450; — ganglionnaire, XXXVII, 566; — dans le rhumatisme, XXXVIII, 589. — R. B., XXXVII, 333, 743; XXXVIII, 358, 738.

Fièvre jaune. Traité de la — XXXVII, 532. — R. B., XXXVII, 333, 743; XXXVIII, 358, 738.

Fistule. — saine avec écoulement de liquide céphalo-rachidien, XXXVIII, 289; — œsophagienne dans la pleurésie purulente, XXXVII, 144; — gastro-colique, XXXVII, 242; traitement de la — recto-vaginale, XXXVIII, 598; — pyo-urétéro-cœcale, XXXVII, 242; — consécutives aux opérations sur les organes pelviens, XXXVII, 176. — R. B., XXXVII, 333, 743; XXXVIII, 359, 739.

Flèches. Poison des — du Tonkin, XXXVIII, 515.

Fluoroforme. Du — XXXVIII, 93.

Fœtus. Bruits du cœur — XXXVII, 560; portes de l'infection placentaire du — XXXVIII, 604; passage des microbes de la mère au — XXXVIII, 190; passage du charbon de la mère au — XXXVIII, 495; transmission de la tuberculose de la mère au — XXXVIII, 556.

Foie. Lymphatiques du — XXXVII, 414; fonctions des cellules — XXXVIII, 30; des cristaux des cellules — XXXVIII, 44; le glycogène du — XXXVII, 37; passage des graisses à travers le — XXXVIII, 439; régression dans le — XXXVII, 413; traité des maladies — XXXVII, 148; guérison réelle ou apparente dans les maladies — XXXVIII, 148; cirrhose hypertrophique, XXXVII, 150; cirrhose curable, XXXVII, 150, 151; hépatite interstitielle suite de péritonite chronique, XXXVII, 151; variétés de cirrhose — XXXVIII, 148; varices œsophagiennes dans la cirrhose — XXXVIII, 148; des hémorragies gastro-intestinales dans la cirrhose — XXXVII, 523; otorragie dans la cirrhose — XXXVIII, 314; — cardiaque chez l'enfant, XXXVII, 566; le — des éclampsiques, XXXVIII, 609; diminution artificielle du glycogène dans le — XXXVIII, 28; exploration du — dans le diabète, XXXVII, 157; XXXVIII, 150; abcès du — dans la fièvre typhoïde, XXXVII, 148; nature microbienne des abcès du — XXXVII, 148; traitement des abcès du — XXXVII, 149, 247; XXXVIII, 265; chirurgie du — XXXVIII, 259, 265; résection du bord inférieur du thorax pour aborder le — XXXVIII, 259; — flottant, XXXVII, 567; fixation d'un lobule — pédiculisé, XXXVIII, 259; opération pour — mobile, XXXVIII, 259; ruptures traumatiques du — XXXVII, 53; kystes hydatiques de la convexité du — XXXVII, 247; processus infectieux dans les kystes hydatiques du — XXXVIII, 150; la rupture des kystes hydatiques du

— XXXVII, 151; rupture intra-péritonéale des kystes hydatiques — XXXVIII, 265, 266; traitement des kystes hydatiques du — XXXVIII, 260, 265; kyste hydatique du — traité par les injections de naphтол, XXXVII, 149; fistule biliaire suite de ponction d'hydatides du — XXXVII, 611; ablation d'un morceau de — rempli d'hydatides, XXXVII, 612; sarcome mélanique du — XXXVIII, 149; cancer et sarcome du — XXXVIII, 570; cancer primitif du — XXXVII, 151. — R. B., XXXVII, 333, 743; XXXVIII, 359, 739.

Folie. Voy. aliénation.

Folliculite. — blennorragique, XXXVII, 589; variétés de — XXXVII, 576.

Forceps. Des — à traction, XXXVIII, 610. Voy. accouchement.

Foudre. R. B., XXXVII, 334.

Fracture. Traitement des — de la base du crâne, XXXVII, 218; — du crâne, trépanation, XXXVII, 571; XXXVIII, 644; — du larynx, XXXVIII, 311; suture osseuse dans les — de la clavicule, XXXVIII, 661; luxation du radius compliquant les — du cubitus, XXXVII, 229; traitement des — de la rotule, XXXVII, 225; suture des malléoles dans les — compliquées de l'extrémité inférieure de la jambe, XXXVII, 629; — des os du tarse, XXXVIII, 280; — du bassin avec déchirures de la vessie, XXXVIII, 661. — R. B., XXXVII, 334, 744; XXXVIII, 359, 739.

Front. Des sinus — et de leur trépanation, XXXVIII, 302; des abcès des sinus — XXXVIII, 705.

Fuchsine. Voy. aniline.

Furoncle. R. B., XXXVII, 334, 744; XXXVIII, 360.

G

Gaiac. Réaction du lait avec la résine de — XXXVIII, 44.

Gaiacol. Emploi du — dans la tuberculose, XXXVIII, 99, 100.

Gale. R. B., XXXVII, 335, 745; XXXVIII, 740.

Ganglion. Ebauches — chez l'embryon, XXXVIII, 401; asthme — XXXVIII, 566. Voy. lymphatique.

Gangrène. — gazeuse, XXXVIII, 497; stomatite — XXXVIII, 107; — du poulmon, XXXVIII, 79; pneumotomie pour — du poulmon, XXXVII, 631; — de l'avant-bras par lésion des artères, XXXVII, 267; — dans la fièvre typhoïde, XXXVII, 567; — du côlon, XXXVII, 517; diphtérie et — XXXVIII, 586; — aiguë de la peau, XXXVII, 195; zona — XXXVII, 194; — des membres suite de grippe, XXXVII, 632; — du pied suite d'influenza, XXXVIII, 568. — R. B., XXXVII, 335, 745; XXXVIII, 360, 740.

Gastralgie. Voy. estomac.
 Gastrite. Voy. estomac.
 Gastro-entérostomie. Obs. de — XXXVII, 610; XXXVIII, 258, 666.
 Gastro-jéjunostomie. Obs. de — XXXVIII, 666.
 Gastrostomie. Obs. de — pour corps étranger, XXXVII, 610; — pour cancer de l'œsophage, XXXVIII, 257; — pour diverticule et rétrécissements de l'œsophage, XXXVIII, 666; — pour rétrécissements du pylore, XXXVIII, 666; procédés de — XXXVIII, 666.
 Gaz. — du sang dans la fièvre XXXVII, 430; importance des — intestinaux, XXXVIII, 69; tumeur — par déchirure du canal de Sténou, XXXVIII, 665. — R. B., XXXVIII, 350.
 Gélatine. Produits de digestion de la — XXXVIII, 40; digestibilité de la — XXXVII, 430.
 Gelure. — des lèvres, XXXVIII, 209.
 Génitiaux (Org.). Développement de — XXXVII, 17; malformations — XXXVIII, 186; les affections ulcéreuses des — XXXVIII, 627. — R. B., XXXVII, 335, 745; XXXVIII, 360, 740.
 Genou. Résection du — XXXVII, 624; XXXVIII, 284; résultats de la résection du — XXXVIII, 664 — R. B., XXXVII, 336; XXXVIII, 740.
 Géographie médicale. Alopecie suite d'un séjour dans les pays chauds, XXXVIII, 615; répartition — du trachome, XXXVIII, 697. — R. B., XXXVII, 336, 745; XXXVIII, 360, 740.
 Girofles. Emploi de l'essence de — dans les tuberculeuses locales, XXXVII, 629.
 Glande. — de l'humeur aqueuse, XXXVIII, 408; — gastriques, XXXVII, 433; histologie de la sécrétion des — sébacées XXXVII, 190; hyperplasie et régénération des éléments — XXXVIII, 474; angiome des organes — XXXVIII, 64; tumeurs des — de la bouche, XXXVII, 631. — R. B., XXXVII, 745.
 Glaucome. Du — aigu, XXXVII, 285; altération du corps vitré dans le — XXXVII, 647. — R. B., XXXVII, 336, 745; XXXVIII, 740.
 Gliome. Du — de la rétine, XXXVII, 647.
 Globulinurie. De la — XXXVIII, 573.
 Glossite. — érythémateuse, XXXVIII, 212. — Voy. langue.
 Glucose. Action des albuminoïdes du sang sur la — XXXVII, 28; formation de — dans les organes par ralentissement des oxydations, XXXVIII, 456.
 Glycogène. Le ferment — XXXVIII, 35; réactions du — dans le sang, XXXVIII, 430; diminution artificielle du — hépatique, XXXVIII, 28; formation de — dans les muscles, XXXVII, 37; — du foie, XXXVII, 37.
 Glycosurie. Voy. diabète.
 Goitre. Etiologie du — XXXVII, 496; — sporadiques infectieux, XXXVIII, 256; électro-puncture pour un — kystique, XXXVIII, 257. — Voy. thyroïde.
 Goître exophtalmique. Pathogénie du — XXXVII, 58; mélancolie et — XXXVII,

593; — et grossesse, XXXVII, 546; paralysie de la 3^e paire dans le — XXXVIII, 143; signes du — XXXVIII, 143; signes du — XXXVIII, 143; mort dans le — par compression de la trachée, XXXVIII, 313; traitement chirurgical du — XXXVIII, 655; — traité par la thyroïdectomie, XXXVII, 631. — Voy. thyroïde.
 Gonocoques. Voy. bactérie, blennorragie.
 Goût. Développement de l'organe du — XXXVII, 411; troubles du — dans la neurasthénie, XXXVII, 510. — R. B., XXXVII, 336.
 Goutte. Valeur du précipité d'acide urique dans le diagnostic de la — XXXVII, 40; — des doigts, XXXVIII, 76. — R. B., XXXVII, 336, 746; XXXVIII, 360, 740.
 Graisses. Digestion des — XXXVIII, 34; ferments capables de saponifier les — XXXVII, 438; résorption des — et des acides gras, XXXVII, 432; passage des — à travers le foie, XXXVIII, 439; dégénérescence amyloïde du tissu — XXXVIII, 47; nécroses du tissu — XXXVIII, 48.
 Greffe. — cérébrale, XXXVIII, 66; — oculaire, XXXVII, 288; — sur les paupières, XXXVIII, 291; — thyroïdienne, XXXVII, 234, 235, 630; — intestinale, XXXVIII, 270; des — XXXVII, 209; — osseuse, XXXVII, 211; XXXVIII, 244; — de peau de chien, XXXVII, 212; — de lipomes, XXXVIII, 243; — cutanée, XXXVIII, 244; de Thiersch, XXXVIII, 244. — R. B., XXXVII, 336, 746; XXXVIII, 360, 740.
 Grippe. Recherches anatomo-bactériologiques dans la — XXXVII, 528; étude bactériologique de la — XXXVIII, 494; microorganismes de la — XXXVIII, 57, 145; contagiosité de la — XXXVII, 528; immunité contre la — par la vaccination, XXXVIII, 146; l'influenza en Russie, XXXVIII, 145; — chez les femmes enceintes, XXXVII, 528; paralysies laryngées — XXXVIII, 308; complications de la — XXXVII, 528; névrite — XXXVII, 528; psychose — XXXVII, 528, 590; hystérie consécutive à la — XXXVII, 126; éruptions dans la — XXXVII, 528; — au point de vue chirurgical, XXXVII, 208; gangrène des membres suite de — XXXVII, 632; gangrène du pied suite de — XXXVIII, 568. — R. B., XXXVII, 326, 746; XXXVIII, 360, 741.
 Grossesse. Contenu du sang en hémoglobine pendant la — XXXVII, 178; modification des trompes et des ovaires pendant la — XXXVIII, 604; anatomie et physiologie de l'utérus dans la — XXXVIII, 607; avec nutrition insuffisante de l'organisme, XXXVIII, 186; influence de la leucémie sur la — XXXVII, 547; goître exophtalmique et — XXXVII, 546; la grippe dans la — XXXVII, 528; affections rénales de la — XXXVIII, 605; maladies du cœur dans la — XXXVII, 136; passage des microbes de la mère au fœtus, XXXVIII, 190; syphilis et — XXXVII, 586; mercure et — XX XV

586; conditions de la — après raccourcissement des ligaments ronds, XXXVII, 179; prolapsus de l'utérus — XXXVII, 180; XXXVIII, 187; hernie de l'utérus — XXXVII, 550; ovariectomie pendant la — XXXVIII, 606; — rupture de l'utérus, passage du fœtus dans le péritoine, XXXVII, 183; — compliquée de tumeurs, XXXVIII, 187; — avec fibromes utérins, XXXVIII, 188; traitement du cancer utérin pendant la — XXXVIII, 188; pronostic des — postérieures à l'opération césarienne, XXXVII, 557. — R. B., XXXVII, 338, 747; XXXVIII, 361, 741.

Grossesse extra-utérine. Etiologie et traitement de la — XXXVIII, 195; — rompue dans le gros intestin, XXXVIII, 196; obs. de — XXXVII, 185; laparotomie dans la — XXXVIII, 196, 197.

Gymnastique. — gynécologique, XXXVIII, 599. — R. B., XXXVIII, 339.

Gynécologie. Traité de — XXXVII, 165; XXXVIII, 164; méthode de massage de Thure Brandt, XXXVIII, 599. — R. B., XXXVIII, 339, 748; XXXVIII, 362, 742.

H

Hanche. Luxations congénitales de la — XXXVIII, 287; luxations irréductibles de la — XXXVII, 623; résultats des résections de la — XXXVII, 624. Voy. articulation.

Helminthes, Chorée due aux — intestinaux, XXXVII, 561; issue de lombrics par une fistule dans une péritonite tuberculeuse, XXXVII, 616; mercure dans des — expulsés par un syphilitique traité par le mercure, XXXVII, 47. — R. B., XXXVII, 339, 748; XXXVIII, 362, 743.

Hématome. — du scrotum, XXXVIII, 691. — R. B., XXXVII, 340.

Hématoporphyrine. — dans l'urine, XXXVIII, 446.

Héméralopie. Nature de l' — XXXVIII, 297; de l' — XXXVII, 279.

Hémianopsie. Voy. cerveau, œil.

Hémiplégie. — urémique, XXXVII, 156. Voy. cerveau, paralysie.

Hémoglobine. Combinaisons de l' — avec l'oxygène et l'acide carbonique, XXXVII, 422; effets des injections d' — XXXVII, 95.

Hémoglobinurie. — paroxystique, XXXVIII, 156, 573. — R. B., XXXVII, 340, 748; XXXVIII, 362.

Hémophilie. — rénale, XXXVIII, 680; arthropathies des — XXXVIII, 577. — R. B., XXXVII, 748.

Hémorragie. — méningées des nouveau-nés, XXXVIII, 233; hémianopsie due à des — XXXVII, 278; — de la macula, XXXVII, 281; — dans l'amygdalotomie,

XXXVII, 649; des — gastro-intestinales dans la cirrhose hépatique, XXXVII, 523; hématuries dans la fièvre typhoïde, XXXVII, 526; hématurie chez un nouveau-né, XXXVII, 570; — de l'ovaire, XXXVII, 539; des — utérines secondaires, XXXVIII, 595. — R. B., XXXVII, 340, 748; XXXVIII, 362, 743.

Hémorroïdes. Traitement des — XXXVII, 634; excision des — XXXVII, 264. — R. B., XXXVII, 340; XXXVIII, 362.

Hépatite. Curabilité de l' — interstitielle, XXXVII, 151; — suite de péritonite chronique, XXXVII, 151. Voy. foie.

Hérédité. L' — syphilitique, XXXVIII, 621; — tuberculeuse, XXXVIII, 556, 560.

Hermaphrodisme. De l' — XXXVIII, 481.

Hernie. — du poulmon, XXXVII, 221; étranglement de — hystérique, XXXVII, 126; troubles pulmonaires à la suite des — étranglées, XXXVIII, 675; — diaphragmatique, XXXVII, 245; — de la ligne blanche, XXXVIII, 677, 678; — étranglée dans l'hiatus de Winslow, XXXVII, 244; — rétropéritonéale, XXXVIII, 268; — ischiatique, XXXVIII, 269; entéroécès latérales, XXXVII, 246; lésion de la vessie dans la cure des — XXXVII, 246; — de l'utérus gravide, XXXVII, 550; traitement des — étranglées par aspiration, XXXVIII, 677; traitement des — en cas de gangrène ou d'ulcération, XXXVIII, 677; entérectomie et entérorraphie dans la — étranglée, XXXVIII, 675; cure radicale de la — inguinale, XXXVIII, 269; cure radicale des — chez l'enfant, XXXVIII, 208. — R. B., XXXVII, 340, 748; XXXVIII, 362, 743.

Herpès. R. B., XXXVII, 341, 749; XXXVIII, 363.

Histologie. Traité d' — pathologique, XXXVIII, 461; coloration des terminaisons nerveuses par le bleu de méthylène, XXXVII, 5; coloration de la rétine avec l'hématoxyline acétique, XXXVII, 12; coloration du tissu nerveux, XXXVIII, 5. — R. B., XXXVII, 341, 749; XXXVIII, 363, 743.

Hôpital. R. B., XXXVII, 341, 749; XXXVIII, 363, 744.

Humeur aqueuse. Glande de l' — XXXVIII, 408.

Hydatide. — du cerveau, XXXVII, 500, 560; — du cerveau, XXXVIII, 124; — de l'orbite, XXXVIII, 293; — du poulmon, XXXVIII, 200, 255; — intrathoracique, XXXVIII, 255; kystes — intrathoraciques, simulant des épanchements pleuraux, XXXVIII, 150; processus infectieux dans l' — du foie, XXXVIII, 150; kystes — de la convexité du foie, XXXVII, 247; ruptures intrapéritonéales des — du foie, XXXVIII, 265, 266; la rupture des kystes — du foie, XXXVII, 151; traitement des kystes — du foie, XXXVII, 151; XXXVIII, 260, 265; injections de naphtol pour les kystes — du foie, XXXVII, 149; fistule biliaire suite de ponction d' — XXXVII, 611; ablation d'un morceau de foie rem-

- pli d' — XXXVII, 612; kystes — de la vessie, XXXVII, 257; XXXVIII, 273. — R. B., XXXVII, 341, 749; XXXVIII, 363, 744.
- Hydrastine. Action de l' — XXXVII, 85.
- Hydrocèle. Traitement de l' — XXXVII, 263.
- Hydronaphtol. Valeur de l' — XXXVIII, 94.
- Hydropisie. R. B., XXXVIII, 744.
- Hydrothérapie. R. B., XXXVII, 341; XXXVIII, 744. Voy. bain, eaux minérales.
- Hygiène. Traité d' — XXXVII, 487; manuel d'asepsie, XXXVII, 488; encyclopédie d' — XXXVII, 488; comité consultatif d' — XXXVII, 490; manuel d' — XXXVII, 113; — alimentaire, XXXVII, 490; — urbaine et rurale, XXXVII, 491; épidémies, XXXVII, 492; — à l'étranger, XXXVII, 493; la commune de Fort-Mardick, XXXVIII, 111; statistique de la mortalité, XXXVIII, 109, 110; influence des mesures sanitaires sur la myopie scolaire, XXXVII, 497; le développement de la puberté dans ses rapports avec les phénomènes morbides de la jeunesse, XXXVII, 496; la vaccination, XXXVII, 113; vaccin de chèvre, XXXVII, 113; arrêté relatif à la méningite cérébro-spinale, XXXVII, 496; prophylaxie de la tuberculose humaine et animale, XXXVIII, 560; emploi des boues et balayures pour remblais, XXXVIII, 122; tourbe pour désinfecter les selles, XXXVIII, 122; localisation des poussières métalliques inspirées, XXXVIII, 478; inspection des usines, XXXVIII, 121; — signes d'identité des rhabilleurs de meules, XXXVII, 498; la déformation thoracique des passementiers, XXXVII, 116; la paralysie des fondeurs de cuivre, XXXVII, 116; les fabriques de céruse, XXXVII, 116; les ateliers de cambrurerie, XXXVII, 117; dermatite des ouvriers en couleurs de goudron de houille, XXXVII, 117; eczéma des polisseurs de meubles, XXXVII, 118; épidémie d'ictère chez des ouvriers d'égout, XXXVII, 118; étuves de désinfection; XXXVIII, 118; bactéries des vêtements, XXXVIII, 116; influence des chaussures à talon élevé sur la mobilité du rein, XXXVII, 498; ventilation de l'air par les poêles à gaz, XXXVIII, 232; l'utilisation de l'eau bouillie, XXXVII, 118; plomb dans l'eau de Seltz, XXXVII, 495; les eaux potables, XXXVIII, 113, 114; salage des viandes, XXXVIII, 119; consommation des viandes toxiques, XXXVIII, 120; analyses de beurre, XXXVIII, 120; vente des aliments additionnés de saccharine, XXXVIII, 120; bactéries et ptomaines des viandes de conserve, XXXVII, 493; ustensiles de cuisine en nickel, XXXVII, 495; maladies du lait, XXXVII, 495; infectiosité de la viande fumée d'animaux tuberculeux, XXXVII, 115; les abattoirs de Palerme, XXXVII, 119 vente des moules, XXXVII, 118; prostitution à Paris, XXXVII, 119. — R. B., XXXVII, 341, 750; XXXVIII, 363, 744.
- Hygroma. — trochantérien, XXXVIII, 287; — riziforme des gaines tendineuses, XXXVIII, 63; formation des — sous-cutanées, XXXVII, 54. — R. B., XXXVII, 363, 744.
- Hysocine. Empoisonnement par l' — XXXVIII, 516.
- Hypermétropie. L' — diminue-t-elle avec la croissance, XXXVIII, 696.
- Hypertrophie. De l'hémi — XXXVIII, 134; — congénitale partielle. XXXVII, 572.
- Hypnal. Action de l' — XXXVII, 472.
- Hypnotisme. Leçons sur l' — XXXVIII, 550; influence des excitations dans les phases du grand — XXXVIII, 134. — R. B., XXXVII, 342, 751; XXXIII, 364, 746.
- Hypospadias. Voy. urètre.
- Hystérie. Leçons sur l' — XXXVIII, 550; états de sommeil, — XXXVIII, 551; tremblements — XXXVII, 511; XXXVIII, 552; spasme saltatoire et — XXXVII, 512; — mâle, XXXVII, 511; le sang dans l' — XXXVIII, 134; — consécutive à la grippe, XXXVII, 126; de l'anesthésie — XXXVII, 126; paralysies — XXXVII, 126; aphasie — XXXVII, 561; paralysie faciale — XXXVII, 512, 561; XXXVIII, 134; paralysie — des oculo-moteurs, XXXVIII, 295; baignements — XXXVII, 126; bégaiement — XXXVII, 130; XXXVIII, 135; abasie-astasia chez un — XXXVII, 126; troubles trophiques dans l' — XXXVIII, 134, 135; œdème fleu — XXXVII, 513; XXXVIII, 135; aérophagie — XXXVIII, 702; tachycardie — XXXVIII, 135; rétrécissement mitral et — XXXVII, 516. — simulant la chorée, XXXVII, 126; — pseudo-méningite — XXXVII, 126; zona-XXXVII, 194; étranglement herniaire — XXXVII, 126. — R. B., XXXVII, 343, 752; XXXVIII, 364, 746.
- Hystérectomie. Occlusion intestinale après l' — XXXVIII, 542; — pour cancer, XXXVII, 542, 544; ligature perdue dans l' — XXXVII, 545, Voy. utérus.
- Hystéropexie. Voy. utérus.

I

- Ichthyol. Emploi de l' — XXXVIII, 511; — dans les maladies des femmes, XXXVIII, 176; vernis à l' — XXXVIII, 220.
- Ichthyose. — névropathique, XXXVII, 189; — cornée, XXXVII, 189. — R. B., XXXVII, 344; XXXVIII, 365, 747.
- Ictère. Excrétion des acides sulfo-conjugués dans l' — XXXVIII, 41; — des nouveau nés, XXXVIII, 203, 439; — infectieux, XXXVII, 154; XXXVIII, 568; pathogénie et traitement des — graves, XXXVIII, 568; épidémie d' —

- en Saxe, XXXVIII, 568; de l' — épidémique, XXXVII, 524; épidémie d' — chez des ouvriers d'égout, XXXVII, 118. Voy. foie.
- Idiotie. — myxœdémateuse, XXXVII, 595. R. B., XXXVII, 344, 752; XXXVIII, 365, 747.
- Imbécile La bouche chez les — XXXVIII, 643.
- Immunité. — acquise contre les maladies infectieuses, XXXVIII, 484. Voy. vaccin.
- Impetigo. De l' — chez l'enfant, XXXVIII, 613. — R. B., XXXVIII, 747.
- Inanition. Destruction de l'albumine dans l' — XXXVIII, 438.
- Indicanurie. — des nourrissons, XXXVIII, 202.
- Indirubine. De l' — XXXVIII, 43.
- Indol. Formation d' — par les bactéries, XXXVIII, 45.
- Infanticide. Obs. d' — XXXVIII, 238. Voy. médecine légale.
- Infection. Fonctions de la rate dans les maladies — XXXVIII, 75; tuméfaction de la rate dans les maladies — XXXVII, 76; influence du jeûne sur la réceptivité pour les maladies — XXXVII, 445; causes de l'immunité, XXXVII, 446; substances favorisant l' — XXXVII, 446; immunité acquise contre les maladies, — XXXVIII, 484; altérations du sang dans les — XXXVIII, 472; du sang dans la défense de l'organisme contre l' — XXXVIII, 486; influence du surmenage sur l' — XXXVIII, 486; portes de l' — placentaire du fœtus XXXVIII, 604; néphrites bactériennes dans les maladies — XXXVIII, 475. — R. B., XXXVII, 344; 752; XXXVIII, 747.
- Inflammation. De l'irritabilité des leucocytes, ses rapports avec l' — XXXVII, 448; rôle des leucocytes dans l' — XXXVIII, 46, 71; leucocytose — XXXVIII, 471, 472; destruction des bactéries pendant l' — XXXVII, 66; — produite par l'injection de térébenthine, XXXVIII, 473. — R. B., XXXVII, 344, 753; XXXVIII, 747.
- Influenza. — Voy. grippe.
- Inhalation. — R. B., XXXVII, 344.
- Injections. Des — intra veineuses thérapeutiques, XXXVIII, 534; effets des — d'hémoglobine, XXXVII, 95; — d'huile créosotée à hautes doses, XXXVIII, 218; — d'huile créosotée dans la tuberculose, XXXVII, 94; — intra pulmonaires dans la tuberculose, XXXVII, 519; XXXVIII, 101; — de gaiacol, eucalyptol et iodoforme, XXXVIII, 99, 100; — de naphthol camphré dans les adénites, XXXVIII, 290; — d'huile iodoformée dans les abcès froids, XXXVIII, 658; paralysie suite d' — d'éther, XXXVII, 123; — d'eau salée dans les maladies par anémie, XXXVIII, 105; traitement de la syphilis par les — mercurielles, XXXVII, 205, 206, 588; XXXVIII, 227, 228, 229, 626. — R. B., XXXVII, 344, 753; XXXVIII, 365, 748.
- Insolation. R. B., XXXVII, 345; XXXVIII, 365.
- Intestin. Épithélium de l' — grêle; XXXVIII, 17; physiologie de l' — XXXVII, 433; résorption — XXXVIII, 438; importance des gaz — XXXVIII, 69; valeur des échanges respiratoires de l' — XXXVIII, 36; effets du courant constant sur l' — XXXVII, 434; l'urine après la ligature des artères — XXXVII, 42; lésions de l' — dans la fièvre typhoïde, XXXVII, 52; atrophie progressive de l' — XXXVIII, 60, adénite cervicale d'origine — XXXVIII, 290; influence de l'antisepsie — sur les éruptions médicamenteuses, XXXVIII, 618; cancer de l' — XXXVII, 242; lavages du gros — dans la dysentérie des pays chauds, XXXVII, 107; gangrène du colon, XXXVII, 517; fistule gastro-colique, XXXVII, 242; fistule urétéro-cœcale, XXXVII, 242; plaies de l' — XXXVIII, 317; plaie par arme à feu de l' — XXXVII, 240; observ. de cholécystentérotomie, XXXVIII, 259, 260, 265; laparo-entérotomie pour calcul, XXXVIII, 678; résection du cœcum pour cancer avec iléo-colostomie, XXXVII, 239; traitement du rétrécissement de la valvule iléo-cœcale, XXXVII, 611; iléo-colostomie, XXXVII, 242; jeuno-jejunostomie, XXXVII, 242; entérostomie temporaire avec suture immédiate de l' — dans l'occlusion, XXXVII, 236; procédé d'entérorraphie, XXXVIII, 270; greffe — XXXVIII, 270; anastomose — XXXVIII, 272; jeuno iléostomie, XXXVIII, 272; traitement de l'anus contre nature par l'entérectomie, XXXVIII, 238; entérectomie et entérorraphie, XXXVIII, 675; résection de l' — XXXVIII, 258, 677; de la gastroentérostomie, XXXVIII, 258. — R. B., XXXVII, 345, 753; XXXVIII, 365, 748.
- Iode, ure. L' — dans les sécrétions organiques, XXXVIII, 89; action de l' — et des — sur la pression artérielle, XXXVII, 474; élimination des préparations — par les épanchements séreux, XXXVIII, 513; antagonisme des préparations — et salicylées, XXXVII, 474; recherche des — dans l'urine, XXXVIII, 455; action des —, XXXVIII, 89; — dans la tuberculose, XXXVIII, 99; œdème du larynx par l' — de potassium, XXXVIII, 307.
- Iodoforme. Traitement de la tuberculose par l' — XXXVII, 519; XXXVIII, 99, 100; injections d' — dans la tuberculose, XXXVIII, 526; injections d'huile — dans les abcès froids, XXXVIII, 658; empoisonnement par l' —, XXXVII, 477.
- Ipecacuanha. — dans l'anthrax, XXXVIII, 531.
- Iridectomie. Procédé d' —, XXXVII, 643.
- Iris. Concrétions calcaires de l' — XXXVII, 642; tuberculose de l' — XXXVII, 276, 643; tuberculose du tractus uvéal, XXXVII, 519; rupture de l' — XXXVII, 276; corps étrangers de l' — XXXVIII, 301. — R. B., XXXVII, 346, 753; XXXVIII, 366, 749.

J

Jambul. — dans le diabète, XXXVIII, 106.

Jeune. Physiologie du — XXXVIII, 438; influence du — sur la réceptivité pour les maladies infectieuses, XXXVII, 445.

K

Karyokinèse. Voy. cellule.

Kératite. — avec photophobie guérie par l'anesthésie du ganglion de Gasser, XXXVII, 647. — Voy. cornée.

Kératodermie. — palmaire et plantaire, XXXVIII, 211.

Kératose. Para — variegata, XXXVII, 190.

Kyste. Étude microbiologique des — congénitaux, XXXVIII, 63; implantation secondaire des poils dans les — dermoïdes, XXXVIII, 63; — dermoïdes du plancher de la bouche, XXXVII, 268; maladie — des organes glandulaires, XXXVIII, 64; — du pancréas, XXXVII, 249, 250; lithiase urinaire produite par un — dermoïde, XXXVII, 261; — sanguin du péritoine, XXXVII, 620; — chyleux du mésentère, XXXVII, 620; — extra péritonéal opéré par la voie périnéale, XXXVIII, 597; — de l'épididyme, XXXVIII, 279; — poplités, XXXVIII, 288; traitement des petits — par le chlorure de zinc, XXXVII, 267. — R. B., XXXVII, 346, 754; XXXVIII, 366, 749.

L

Labyrinth. Voy. oreille.

Lacrymal (App.). La caroncule —, XXXVIII 409; inflammation des glandes —, XXXVII 269; atrésie des points — par contraction, XXXVII, 640; traitement du rétrécissement — XXXVIII, 292; électrolyse du canal — XXXVIII, 292; traitement des fistules et tumeurs — XXXVIII, 699; ablation de la glande XXXVIII, 699. — R. B., XXXVII, 346, 754; XXXVIII, 366, 749.

Lactique (Acide). — dans la diarrhée verte, XXXVIII, 203; formation d' — par ralentissement des oxydations, XXXVIII, 456.

Lactose. Pouvoir nutritif et transformations du — XXXVII, 81, 82.

Lait. Propriétés bactéricides du — XXXVII, 62; diplocoque pneumonique dans le — d'une femme atteinte de pneumonie, XXXVII, 69; — et diphthérie, XXXVIII, 584; le — d'une vache tuberculeuse est-il virulent? XXXVII, 495; maladie du — XXXVII, 495; passage de l'atropine dans le — XXXVIII, 503; réaction du — avec la résine de gaïac, XXXVIII, 44. — R. B., XXXVII, 347, 754; XXXVIII, 366, 749.

Laminectomie. Voy. rachis.

Langue. Névralgie paludique de la — XXXVIII, 130; lupus de la — XXXVIII, 213; tuberculose de la — XXXVII, 519; fibro-adénome de la — XXXVII, 572; sarcome de la — XXXVII, 267; 100 cas d'ablation de la — XXXVIII, 692. — R. B., XXXVII, 347, 754; XXXVIII, 367, 750.

Lanoline. — dans l'organisme humain, XXXVII, 47; — comme excipient, XXXVII, 583.

Laparotomie. Statistique de — XXXVII, 175; — XXXVIII, 598; blessure de l'uretère dans une — XXXVIII, 275; — pour rupture de l'uretère, XXXVIII, 689; — dans l'occlusion intestinale, XXXVII, 236; occlusion intestinale consécutive aux — XXXVII, 176; — pour salpingites, XXXVIII, 591; — dans la grossesse extra-utérine, XXXVIII, 196, 197. — R. B., XXXVII, 347, 754; XXXVIII, 367, 750.

Laryngite. — hypertrophique sous-glottique, XXXVII, 657. — Voy. larynx.

Larynx. Nerfs — XXXVIII, 422; centre cortical — XXXVII, 25; physiologie des nerfs récurrents, XXXVII, 27; fonction de certains muscles du — XXXVIII, 29; dégénérescence des muscles — après la section des nerfs — XXXVII, 422; des mouvements — XXXVII, 423; position des cordes vocales dans la respiration, XXXVII, 423; examen de la paroi postérieure du — XXXVII, 655; emphysème généralisé suite d'ulcère — XXXVII, 656; œdème — par l'iodure de potassium, XXXVIII, 307; périchondrite — typhique, XXXVIII, 709; arthrites aiguës de l'articulation crico-aryténoïdienne, XXXVIII, 709; pachydermie du — XXXVII, 657; érysipèle du — XXXVII, 658; origine de la tuberculose — XXXVIII, 305; traitement de la tuberculose — XXXVII, 658; aniline dans la tuberculose — XXXVIII, 305; curetage dans la tuberculose — XXXVIII, 305; inhalations d'air chaud dans la tuberculose — XXXVIII, 306; trouble fonctionnel des cordes vocales, XXXVIII, 708; angoisse — XXXVII, 655; section du nerf — supérieur dans les spasmes — XXXVII, 655; paralysie bilatérale des récurrents, XXXVII, 656; paralysie — dans l'ataxie, XXXVII, 656; paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, XXXVIII, 706; paralysie des récurrents, XXXVIII, 707; paralysie — par anévrysme aortique, XXXVIII, 706, 707; paralysie du laryngé supérieur, XXXVIII, 707; pa-

ralysies du — grippales, XXXVIII, 308 ;
luxation de l'articulation crico-aryté-
noïdienne, XXXVIII, 307 ; luxation hyoi-
dienne, XXXVII, 657 ; fracture du —
XXXVIII, 311 ; corps étranger du —
XXXVIII, 150 ; tubage du — XXXVIII,
708 ; tubage du — dans le croup,
XXXVIII, 312 ; tubage dans la syphilis
— XXXVIII, 308 ; récurrence de tumeurs
du — XXXVIII, 308 ; tumeur du — avec
dégénérescence amyloïde, XXXVIII,
308 ; extirpation du cancer — XXXVII,
658 ; XXXVIII, 309, 710. — R. B.,
XXXVII, 347, 755 ; XXXVIII, 367, 750.
Lécithine. La — du foie, XXXVII, 442.
Lèpre. — au Japon, XXXVII, 197 ;
voyages chez les — XXXVII, 579 ; con-
tagion de la — XXXVII, 580 ; la —
en Nouvelle-Calédonie, XXXVII, 580 ;
culture du bacille de la — XXXVIII,
617 ; bactériologie de la — XXXVII,
197 ; diagnostic de la — XXXVII, 197 ;
étiologie — XXXVIII, 219 ; transmis-
sibilité — XXXVIII, 218 ; — avec trou-
bles sensitifs analogues à la syringo-
myélie, XXXVIII, 218 ; traitement de
la — XXXVII, 198. — R. B., XXXVII,
350, 756 ; XXXVIII, 368, 752.
Leucémie. Excrétion d'azote et d'acide
urique dans la — XXXVII, 442 ; le
sang — XXXVII, 50 ; peptonurie dans
un cas de — XXXVIII, 155 ; de la —
XXXVIII, 473 ; microbe dans un cas
de — XXXVIII, 80 ; influence de la
— sur la grossesse et l'accouchement,
XXXVII, 547. — R. B., XXXVII, 350,
756 ; XXXVIII, 368.
Leucocytes. Voy. sang.
Leucocythémie. De la — XXXVIII, 578,
579. — R. B., XXXVIII, 572.
Leucocytose. — inflammatoire, XXXVIII,
471, 472.
Lèvre. Gelure des — XXXVIII, 239. —
R. B., XXXVII, 756 ; XXXVIII, 368,
752.
Lichen. Du — circonscrit, XXXVIII, 212 ;
du — planus, XXXVIII, 613 ; traite-
ment du — ruber, XXXVIII, 581. —
R. B., XXXVII, 350, 756 ; XXXVIII,
368, 752.
Ligature. — simultanée de l'artère et de
la veine fémorales, XXXVIII, 254. Voy.
artère.
Lipome. Greffe de — XXXVIII, 243. —
R. B., XXXVII, 350, 756 ; XXXVIII, 368.
Litholapaxie. — chez l'enfant, XXXVII,
573.
Lithotritie. Voy. vessie.
Localisations. Voy. cerveau.
Lochies. Voy. accouchement.
Locomotion. Maladies de l'appareil —
XXXVIII, 279 ; troubles de — d'origine
psychique, XXXVII, 593. — R. B.,
XXXVII, 350 ; XXXVIII, 368, 752.
Lupus. Nature et bactériologie du —
XXXVIII, 616 ; du — vulgaire, XXXVII,
518 ; du — scléreux, XXXVII, 518 ; —
d'inoculation, XXXVII, 195 ; — des
extrémités, XXXVII, 195 ; — de la lan-
gue, XXXVIII, 213 ; — de l'utérus,
XXXVIII, 214. — R. B., XXXVII, 350,
756 ; XXXVIII, 369, 753.

Luxation. — de l'articulation crico-ary-
ténoidienne, XXXVIII, 307 ; — hyoi-
dienne, XXXVII, 657 ; — double de la
machoire, XXXVII, 624 ; — de la cla-
vicule, XXXVII, 623 ; suture osseuse
dans les — de la clavicule XXXVIII,
602 ; — des 2 épaules, XXXVII, 623 ;
réduction des — anciennes de l'épaule,
XXXVII, 623 ; déplacements secondaires
de la tête dans les — de l'épaule en de-
dans, XXXVIII, 286 ; variétés de — de
l'épaule, XXXVII, 226 ; — du radius
compliquant les fractures du cubitus,
XXXVII, 229 ; — irréductible du pouce,
XXXVIII, 663 ; causes et traitement
des — irréductibles de la hanche, XXXVII,
623 ; — congénitales de la hanche,
XXXVIII, 287 ; traitement des — de la
hanche, XXXVII, 228 ; — de la hanche,
XXXVII, 224 ; — du genou, XXXVII, 224 ;
— des cartilages semi-lunaires, XXXVII,
623 ; — de la rotule, XXXVII, 227 ; opé-
ration pour — ancienne de la rotule,
XXXVIII, 663 ; — des tendons péro-
niers, XXXVIII, 662. — R. B., XXXVIII,
350, 756 ; XXXVIII, 369, 753.

Lymphadénie. Microbe dans un cas de —
XXXVIII, 80.

Lymphangiectasie. — tuberculeuse,
XXXVII, 574 ; — diffuse, XXXVII, 574 ;
obs., XXXVIII, 255.

Lymphangome. — circonscrit, XXXVII,
193 ; étude du — XXXVII, 193.

Lymphatique. Apparition des cellules —
XXXVII, 15 ; membrane du sac ; — oes-
ophagien, XXXVIII, 16 ; — du foie,
XXXVII, 414 ; — de l'utérus, XXXVIII,
415 ; fièvre ganglionnaire, XXXVII,
566 ; rapports des alvéoles cancéreux
avec les — XXXVIII, 477. — R. B.,
XXXVII, 351, 757 ; XXXVIII, 369, 753 ;
Lymphome. — syphilitiques, XXXVII,
587.

Lyso!. Du — XXXVII, 471 ; action du —
XXXVIII, 85, 86.

M

Main. — R. B., XXXVII, 351, 757 ;
XXXVIII, 370, 754.

Mal de mer. — R. B., XXXVII, 351 ;
XXXVIII, 754.

Mal des montagnes. — R. B., XXXVIII,
370.

Mal de Pott. Déviations latérales du ra-
chis dans le — XXXVIII, 648 ; paraly-
sies dans le — XXXVIII, 648 ; chirur-
gie du — XXXVII, 606, 607. Voy. ra-
chis.

Maladie. — parasitaire de l'homme trans-
missible au lapin, XXXVIII, 499. —
R. B., XXXVII, 351, 758 ; XXXVIII,
370, 754.

Maladies professionnelles. Signes d'iden-
tité des rhabilleurs de meules, XXXVII,
498 ; stigmatisme des boulangers, XXXVIII,
121 ; dermatite des ouvriers en couleurs
de goudron, XXXVII, 117 ; eczéma des

- polisseurs de meubles, XXXVII, 118; épidémie d'ictère chez des ouvriers d'égoût, XXXVII, 118; déformation thoracique des passementiers, XXXVII, 116; les ateliers de cambrurerie, XXXVII, 117; paralysie des fondeurs de cuivre, XXXVII, 116. — R. B., XXXVII, 351, 758; XXXVIII, 370, 754.
- Malformation. — de l'œil, XXXXVII, 286; — du nez, XXXVII, 651; — génitales, XXXVIII, 186. — R. B., XXXVII, 352, 758; XXXVIII, 370, 754.
- Mamelles. Sécrétion lactée chez les nouveau-nés, XXXVII, 565; des récidives du cancer — XXXVII, 234; du sarcome — XXXVII, 233. — R. B., XXXVII, 352, 758; XXXVIII, 370, 755; Manie. Voy. aliénation.
- Massage. — en gynécologie, méthode de Brandt, XXXVIII, 599; effets du — XXXVII, 484. — R. B., XXXVII, 352, 758; XXXVIII, 370, 755.
- Mastoïde (apoph.). Voy. oreille.
- Maxillaire. Développement de l'inter — XXXVII, 56; artère — commune, XXXVII, 7; luxation double du — XXXVII, 624; tuberculose du — XXXVII, 519; empyème du sinus — XXXVIII, 704, 705; diagnostic de l'empyème de l'autre d'Higmore, XXXVII, 653; angiome du sinus — XXXVII, 653 — R. B., XXXVII, 352, 758; XXXVII, 370, 755.
- Médecine (hist.). — R. B., XXXVII, 353, 758; XXXVIII, 371, 755.
- Médecine légale. Viciation de l'air par les poêles à gaz, XXXVIII, 232; recherche de l'oxyde de carbone dans le sang, XXXVIII, 232; empoisonnement par l'oxyde de carbone dû à la distillation du goudron de houille, XXXVIII, 236; conservation de cadavres dans l'eau salée, XXXVIII, 238; puissance virile et fécondante après la castration, XXXVIII, 240; questions d'infanticide, XXXVIII, 238; les hémorragies méningées des nouveau-nés, XXXVIII, 233; diagnostic de l'avortement par ponction des membranes, XXXVIII, 238; mort par cathétérisme pour avortement, XXXVIII, 240; l'homicide par flagellation, XXXVIII, 241; recherches relatives à un ongle blessé, XXXVIII, 234; perforation de l'estomac post mortem, XXXVIII, 237; la recherche du gonococque, XXXVIII, 239. — R. B., XXXVII, 353, 759; XXXVII, 371, 756.
- Médecine militaire. Statistique des hôpitaux allemands, XXXVIII, 315; effets des projectiles de fusils à petit calibre, XXXVIII, 319; les pansements de guerre, XXXVIII, 321; maladies vénériennes dans les armées, XXXVII, 583; les maladies vénériennes dans l'armée anglaise, XXXVIII, 322; traitement de la sueur des pieds, XXXVIII, 322; désinfection de l'eau par la bouillie magnésienne, XXXVIII, 323. — R. B., XXXVIII, 354, 760; XXXVIII, 371, 757.
- Médecine opér. — R. B., XXXVII, 354, 760; XXXVIII, 371.
- Médiastin. Thymus et tumeurs malignes du — XXXVIII, 477.
- Melancolie. — et maladie de Basedow, XXXVII, 593.
- Mélanose. — arsénicale, XXXVII, 581; matières colorantes extraites d'un sarcome — XXXVII, 48. — R. B., XXXVII, 354, 760; XXXVIII, 757.
- Mélinite. Bronchite par — XXXVIII, 145.
- Membre. Troncs artériels primitifs du — postérieur, XXXVII, 6.
- Méninge. Etude de la dure-mère, XXXVII, 402; hémorragies — des nouveau-nés, XXXVIII, 233; rupture de l'artère — moyenne, XXXVII, 603, 606; rupture de l'artère — trépanation, XXXVII, 217; actinomycose des — XXXVII, 505. — R. B., XXXVII, 354, 760; XXXVIII, 371, 757.
- Méningite. Arrêté prussien relatif à la — cérébro-spinale, XXXVII, 496; — cérébro-spinale, XXXVII, 505; cécité suite de — cérébro-spinale, XXXVIII, 297; de la — chronique simple, XXXVIII, 541; — typhoïde, XXXVII, 505; — à pneumocoque, XXXVII, 505; la pseudo — hystérique, XXXXVII, 126; de la — tuberculeuse, XXXVIII, 556; accidents — de la syphilis héréditaire, XXXVIII, 220.
- Menthol. — contre les lésions prurigineuses de la peau, XXXVII, 201.
- Menstruation. Toxémie cataméniale, XXXVII, 546. — R. B., XXXVII, 354, 760; XXXVIII, 371, 757.
- Mercure. Influence du — sur la tension artérielle, XXXVII, 84; élimination du — XXXVIII, 228; de la stomatite — XXXVIII, 230; — et grossesse, XXXVII, 586; l'absorption du — XXXVII, 442; influence de l'intoxication — sur l'élimination de l'acide phosphorique et du calcium, XXXVIII, 517; diurèse — XXXVIII, 532; érythèmes scarlatini-formes par usage interne du — XXXVIII, 618; — dans des vers intestinaux chez un syphilitique traité par le — XXXVII, 47; injection de sublimé dans le cancer, XXXVII, 104; répartition du — dans l'empoisonnement par le sublimé, XXXVIII, 96; lésion de l'intoxication — XXXVIII, 97; empoisonnement par le calomel, XXXVIII, 97; calomel contre le chancre phagédénique, XXXVIII, 230; empoisonnement par le sublimé, XXXVII, 478; dysenterie suite d'injections — XXXVII, 204; traitement de la syphilis par les injections — XXXVII, 205, 206, 588; XXXVIII, 227, 228, 229; injections de salicylate — dans la syphilis oculaire, XXXVIII, 626.
- Méthylal. Action du — XXXVIII, 88.
- Méthyle. Voy. aniline.
- Métrie. Rapports de la dystocie avec l'endo — XXXVIII, 167; les traitements de la — et de l'endo — XXXVII, 168; traitement des — par le chlorure de zinc, XXXVIII, 167; accidents du traitement par le chlorure de zinc, XXXVIII, 167. — Voy. utérus.
- Microcidine. De la — XXXVIII, 511.
- Microcéphale. Cerveau des — XXXVIII, 643; anatomie de la — XXXVII, 593;

- craniotomie pour — XXXVIII, 647. — *Voy.* cerveau.
- Microcoques. *Voy.* bactériologie.
- Microgyrie. *Voy.* cerveau.
- Migraine. — ophtalmique et paralysie générale, XXXVII, 597; — ophtalmique hystérique, XXXVIII, 135; — ophtalmoplégique, XXXVII, 279. *Voy.* névrose.
- Mineurs. Nystagmus des — XXXVII, 639.
- Mitoses. Les — pathologiques, XXXVIII, 477.
- Moelle. Origine des fibres de la — XXXVII, 405; étude histologique de la — XXXVII, 403; anatomie des cordons antéro-latéraux, XXXVIII, 7; trajet des voies afférentes de la — XXXVIII, 465; influence des racines postérieures sur l'excitabilité des racines antérieures, XXXVIII, 24; dégénérescence après la section des racines, XXXVII, 59; influence des centres trophiques — sur la distribution des névrites toxiques, XXXVIII, 548; lésion obscure de la — XXXVIII, 543; affection de la queue de cheval, XXXVIII, 126; de la syringomyélie, XXXVII, 506; nature périphérique de certaines paralysies — XXXVIII, 546; paralysie scapulo-humérale, 510; paralysie de Landry, XXXVII, 509; XXXVIII, 131; anomalie de développement de la — dans un cas de paralysie générale, XXXVIII, 638; mouvements athétosiques dans une affection spinale, XXXVII, 560; athétose dans le tabes, XXXVIII, 127; tabes spasmodique, XXXVIII, 127; réapparition des réflexes dans le tabes, XXXVIII, 127; paraplégie ataxique, XXXVII, 506, 507; nature du tabes, XXXVII, 506; de l'ataxie héréditaire et de l'atrophie cérébrale, XXXVIII, 545; anatomie de la maladie de Friedreich, XXXVIII, 466; lésions spinales du tabes au début, XXXVIII, 466; tabes cervical sans réflexe patellaire, XXXVIII, 467; traitement de l'ataxie par la suspension, XXXVII, 109; syphilis — XXXVIII, 222; paraplégie par compression — XXXVIII, 543; modification de la — par suite de compression, XXXVIII, 67; commotion — XXXVII, 219; XXXVIII, 68, 648; irritation — XXXVIII, 129; plaie unilatérale de la — XXXVIII, 651; plaies de la — par instruments tranchants, XXXVIII, 234; chirurgie de la — XXXVII, 606. — R. B., XXXVII, 355, 761; XXXVIII, 372, 758.
- Moelle des os. Cellules de la — XXXVIII, 473.
- Mole. Expulsion de — hydatique, XXXVIII, 191 — R. B., XXXVII, 356, 761.
- Molline. — comme excipient de pomades, XXXVII, 583.
- Molluscum. Du — contagiosum, XXXVII, 581; — du col utérin, XXXVIII, 616. R. B., XXXVII, 356.
- Monoplégie. *Voy.* paralysie.
- Monstre. — R. B., XXXVII, 356, 761; XXXVIII, 372, 759.
- Morphine. Action de la — XXXVII, 467, 470.
- Mort. — R. B., XXXVII, 356; XXXVIII, 372.
- Mortalité. Causes de — XXXVIII, 109; — à Berlin, XXXVIII, 110. — R. B., XXXVII, 356.
- Morve. Obs. de — XXXVIII, 217. — R. B., XXXVII, 356, 762; XXXVIII, 372, 759.
- Moucho. R. B., XXXVII, 356.
- Moule. Bactéries des — toxiques, XXXVII, 88; empoisonnement par les — XXXVII, 88; vente des — XXXVII, 118.
- Mucine. Présence de la — dans les tissus, XXXVIII, 2.
- Muguet. R. B., XXXVII, 762; XXXVIII, 759.
- Muqueuse. Transplantation des — XXXVII, 211.
- Muscle. Formation des fibres —, XXXVIII, 402; structure spumeuse des — XXXVIII, 402; structure du — strié, XXXVIII, 8; terminaisons nerveuses dans les — XXXVIII, 55; chimie du — XXXVII, 437; chimie des — rouges et blancs, XXXVII, 35; formation de glycogène dans les — XXXVII, 37; action des — XXXVIII, 444; action du nerf en dessèchement sur le — XXXVII, 428; du rythme — dans la contraction normale, XXXVIII, 425; contraction — volontaire et réflexe, XXXVIII, 425; effets de la contraction — XXXVII, 428; contraction statique et dynamique, XXXVII, 428; excitation électrique du — XXXVII, 429; effet de la fatigue sur la contraction volontaire, XXXVII, 429; changements électriques et mécaniques dans le — pendant la période latente, XXXVII, 430; modifications de la pression sanguine par le travail — XXXVIII, 26; contracture — ischémique, XXXVII, 638; physiologie des — à faisceaux minces et épais, XXXVII, 34; physiologie des — lisses, XXXVII, 35; physiologie des — des bronches, XXXVII, 33; du travail — et de l'excrétion d'azote, XXXVII, 36; influence du travail — sur la destruction de l'albumine, XXXVII, 430; influence de l'activité — sur la désassimilation des albuminoïdes, XXXVIII, 33; modifications de la puissance des — par les médicaments, XXXVII, 104; régénération du tissu — XXXVIII, 49; régénération des — striés, XXXVIII, 470; anomalies — par excès de croissance, XXXVII, 232; des atrophies — XXXVII, 131; atrophies — suite de lésions articulaires, XXXVIII, 662; atrophie — généralisée blennorragique, XXXVIII, 231; atrophies — suite de névrites, XXXVII, 123; forme héréditaire d'atrophie — XXXVIII, 548; déformations thoraciques dans l'atrophie — XXXVIII, 548; dystrophie — progressive, XXXVII, 136; XXXVIII, 138, 139; paralysie — pseudo-hypertrophique, XXXVIII, 138, 139; déformations du crâne dans la myopathie progressive, XXXVIII, 139; maladie de Thomsen, XXXVIII, 138; état de la vision dans la maladie de Thomsen, XXXVIII, 549. — R. B.,

XXXVII, 356, 762; XXXVIII, 372, 759.
 Mycosis. — fongôide, XXXVIII, 613. —
 R. B., XXXVII, 762; XXXVIII, 760.
 Myélite. *Voy.* moelle.
 Myocarde. *Voy.* cœur.
 Myome. — cutané, XXXVII, 194; rhabdo
 — du testicule, XXXVIII, 477. — *Voy.*
 fibrome, utérus.
 Myopie. Influence des mesures sanitaires
 sur la — scolaire, XXXVII, 497; —
 — scolaire, XXXVIII, 117; de la —
 XXXVII, 636; XXXVIII, 290; traite-
 ment de la — XXXVII, 638. — R. B.,
 XXXVII, 357, 763; XXXVIII, 373, 760.
 Myosite. — rubéolique, XXXVIII, 570;
 poly — hémorragique, XXXVIII, 138;
 — suppurée multiple, XXXVII, 225;
 — tuberculeuse, XXXVIII, 289. —
Voy. muscle.
 Myxœdème. Idiotie — XXXVII, 595;
 crétinisme et — XXXVII, 596; obs. de
 — XXXVII, 596; de la greffe thyroï-
 dienne dans le — XXXVII, 234, 235. —
 R. B., XXXVII, 357, 763; XXXVIII,
 373, 760.
 Myxome. R. B., XXXVII, 357; XXXVIII,
 760.

N

Nævus. Des — XXXVIII, 214. — R. B.,
 XXXVII, 763.
 Naphtaline. — dans la fièvre typhoïde,
 XXXVIII, 531.
 Naphtol. Injections de — dans les kystes
 hydatiques du foie, XXXVII, 149; —
 α dans la fièvre typhoïde, XXXVIII,
 106; injections de — camphré dans
 les adénopathies, XXXVIII, 290; traite-
 ment de la tuberculose osseuse et
 articulaire par le — camphré, XXXVII,
 519.
 Narcotine. De la — XXXVIII, 504.
 Nécrose. — multiples du tissu grais-
 seux, XXXVIII, 48.
 Néphrectomie. — pour hématurie, XXXVIII,
 680; — pour rupture du rein, XXXVIII,
 681; — pour tuberculose, XXXVIII, 680;
 — pour hydronéphrose, XXXVII,
 251; — pour tuberculose et tumeurs du
 rein, XXXVII, 251; — partielle, XXXVII,
 251, 254; obs. de — XXXVII, 251, 254;
 XXXVIII, 680, 681. — *Voy.* rein.
 Néphrite. Excrétion des acides sulfo-
 conjugués dans la — XXXVIII, 41;
 pathogénie des — XXXVII, 157; étiol-
 ogie du mal de Bright, XXXVIII,
 571; traité de l'albuminurie, XXXVIII,
 571; de la globulinurie, XXXVIII, 573;
 de la — glomérulaire, XXXVIII, 61;
 des — partielles, XXXVIII, 571; —
 des phthisiques, XXXVIII, 62; — pneu-
 monique, XXXVII, 156; — bacillaire,
 XXXVIII, 71.
 Néphrolithotomie. Obs. de — XXXVIII,
 680. — *Voy.* rein.

Néphrorraphie. Résultats éloignés de la
 — XXXVIII, 275. — *Voy.* rein.
 Nerf. Histogénèse des éléments—XXXVII,
 407; corpuscules — musculaires à
 gaines paciniennes, XXXVII, 409; ar-
 tères et veines des — XXXVII, 410;
 — du cœur, XXXVII, 426; terminal-
 son — des muscles, XXXVIII, 55;
 — laryngés, XXXVIII, 422; développe-
 ment du — auditif, XXXVII, 3; — vaso-
 moteurs de la tête, XXXVIII, 25;
 — vaso-moteurs de la rétine, XXXVIII,
 25; — de l'hémisphère antérieur de
 l'œil, XXXVIII, 13; espace intervagi-
 nal du — optique, XXXVII, 4; du —
 trijumeau, XXXVIII, 25; — de la pa-
 rotide, XXXVII, 26; — des glandes
 gastriques, XXXVIII, 31; terminaisons
 — de la muqueuse stomacale, XXXVII,
 5; de la veine porte, XXXVII, 27; —
 — moteurs de la vessie, XXXVIII, 20;
 — des vaisseaux pulmonaires, XXXVII,
 31; physiologie du ganglion opthal-
 mique, XXXVIII, 422; physiologie des
 — récurrents, XXXVII, 27; effets de
 la section des — laryngés, XXXVII,
 422; action du — en dessèchement
 sur le muscle, XXXVII, 428; excita-
 tion des — sacrés et lombaires,
 XXXVIII, 421; — des organes pel-
 viens, XXXVIII, 421; action de la tem-
 pérature sur le — musculaire, XXXVII,
 36; excitation des — par dérivation
 de courants, XXXVIII, 442; anomalie
 du — pneumogastrique, XXXVII, 4;
 paralysie du — sus-scapulaire, XXXVIII,
 130; paralysie de la 3^e paire dans le
 goitre exophtalmique, XXXVIII, 143;
 influence des — sur l'infection érys-
 pélateuse, XXXVIII, 500; fibrome et
 sarcome des — XXXVIII, 652; néo-
 plasmes primitifs des — XXXVIII,
 652; sciatique due à une perforation du
 — par une aiguille osseuse, XXXVII,
 609; excision des — cervicaux et du
 spinal dans le torticolis, XXXVIII,
 653; résection du — optique, XXXVII,
 284; section du — laryngé supérieur,
 XXXVII, 655; section du — sus-orbitaire
 dans l'amblyopie réflexe, XXXVIII, 296;
 élévation et résection — pour né-
 vralgies, XXXVII, 609. — R. B.,
 XXXVII, 357, 763; XXXVIII, 373, 760.
 Nerveux (Système). Texture des centres
 — XXXVII, 3; anatomie du — central,
 XXXVII, 404; procédé de coloration du
 — XXXVIII, 5; action des poisons sur
 les fibres — XXXVIII, 420; action de
 l'anémie sur l'excitabilité du — XXXVIII,
 24; des troubles — consécutifs à l'as-
 phyxie, XXXVIII, 65; lésion familiale
 du — central, XXXVII, 504; troubles
 — avec troubles urinaires, XXXVIII,
 131; lésions du — dans la rage,
 XXXVII, 54; altérations du — suite
 des amputations, XXXVIII, 466; traite-
 ment des maladies — par la suspen-
 sion, XXXVII, 109. — R. B., XXXVII,
 358, 763; XXXVIII, 374, 761.
 Neurasthénie. De la — XXXVII, 510;
 troubles du goût dans la — XXXVII,
 510.

Névralgie. — paludique de la langue, XXXVIII, 130; névrite localisée dans la sciatique — XXXVII, 131; — du testicule, XXXVIII, 277; extirpation du ganglion de Gasser pour — XXXVII, 609; elongation et résection des nerfs pour — XXXVII, 609. *Voy. nerf.*

Névrite. Influence des centres trophiques de la moelle sur la distribution des — toxiques, XXXVIII, 548; les dégénérescences nerveuses dans les — XXXVIII, 56; — localisée de la sciatique, XXXVII, 131; — multiple et urobilinurie, XXXVII, 508; — multiple, XXXVII, 123, 124; atrophies musculaires suite de — XXXVII, 123; — motrice périphérique, XXXVIII, 546; — apoplectiforme du plexus brachial, XXXVIII, 546; poly — infectieuse aiguë, XXXVIII, 547; poly — XXXVII, 508; XXXVIII, 127, 128; — due à la grippe, XXXVII, 528; la — alcoolique, XXXVIII, 634; — périphérique dans la paralysie générale, XXXVIII, 637.

Névrodermite. *Voy. peau.*

Névrologie. Histologie pathologique de la — XXXVIII, 464.

Névrome. — plexiforme, XXXVIII, 52. — plexiforme et pachydermie XXXVIII, 652.

Névrose. La maladie des tics, XXXVII, 130; des — mixtes de l'estomac, XXXVII, 145; irritation spinale, XXXVIII, 129; — et paludisme, XXXVII, 527; des — traumatiques, XXXVIII, 638, 639, 640; ablation des annexes utérins pour — XXXVIII, 603. — R. B., XXXVII, 359, 764; XXXVIII, 374, 761;

Nez. Anatomie des fosses — XXXVIII, 409; tissu érectile des fosses — XXXVIII, 15; état du — chez 2,238 enfants, XXXVIII, 700; réflexes du — XXXVII, 652; respiration par le — XXXVII, 422, emphysème pulmonaire, suite d'occlusion — XXXVII, 650; malformation — XXXVII, 651; hyperostose de la partie inférieure de la cloison — XXXVII, 651; traitement des déviations de la cloison — XXXVIII, 703; tuberculose des fosses — XXXVII, 653; XXXVIII, 704; du rhinosclérome, XXXVIII, 617; hydrencéphalocèle de la racine du — XXXVIII, 303; kyste osseux suppuré du cornet — XXXVII, 652; extirpation des polypes — XXXVIII, 703; tubage du — XXXVII, 652; des sinus frontaux et leur trépanation, XXXVIII, 302; — l'empyème du sinus maxillaire, XXXVIII, 704, 705; abcès des sinus frontaux, XXXVIII, 705; accidents des opérations intra — XXXVIII, 304; opération de Rouge pour un sequestre — XXXVIII, 302; procédé de rhinoplastie, XXXVII, 654; XXXVIII, 304. — R. B., XXXVII, 359, 764; XXXVIII, 374, 762.

Nickel. Action du monoxyde de — XXXVIII, 513.

Nicotine. Action de la — XXXVIII, 507; pituri et — XXXVIII, 503.

Nitrobenzol. Empoisonnement par le — XXXVIII, 517.

Noix vomique. — contre l'insuffisance des muscles oculaires, XXXVII, 273.

Nourrice. Syphilis des — XXXVIII, 623. R. B., XXXVII, 765.

Nourrisson. *Voy. enfant, nouveau-né.*

Nouveau-né. Sécrétion lactée chez les — XXXVII, 565; hémorragies méningées des — XXXVIII, 233; indicanurie des — XXXVIII, 202; ictere des — XXXVIII, 203, 439; paralysies obstétricales des — XXXVIII, 198; convulsions tétaniques chez un — par lésion ombilicale, XXXVIII, 198; tétanos des — XXXVIII, 207; ostéomyélite chez les — XXXVII, 570, 571; hématurie chez un — XXXVII, 570.

Nutrition. Échanges — chez l'enfant atteint de fièvre, XXXVII, 44; la — des tuberculeux, XXXVII, 517; troubles — par la chloroformisation prolongée, XXXVIII, 84. — R. B., XXXVII, 361, 765; XXXVIII, 763.

Nystagmus. Forme de — XXXVIII, 291; des mineurs, XXXVII, 639; cause du — XXXVII, 639. — R. B., XXXVII, 362, 765; XXXVIII, 763.

O

Obésité. — et diabète insipide, XXXVIII, 152. — R. B., XXXVII, 362, 765; XXXVIII, 375, 763.

Obstétrique. Anesthésie par la cocaïne en — XXXVII, 546. *Voy. accouchement.*

Occlusion int. Forme rare d'étranglement interne, XXXVIII, 676; — par une bride de péritonite tuberculeuse, XXXVII, 617; observations d'— XXXVII, 236; laparotomie dans l'— XXXVII, 236; entérostomie temporaire avec suture immédiate dans l'— XXXVII, 236; — après l'hystérectomie, XXXVII, 542; — consécutive aux laparotomies; XXXVII, 176. — R. B., XXXVII, 362, 765; XXXVIII, 375, 763.

Oedème. — et la richesse du sang en hémoglobine, XXXVIII, 38; — bleu des hystériques, XXXVII, 513; XXXVIII, 135. — R. B., XXXVII, 362; XXXVIII, 376.

Oeil. Nerfs de l'hémisphère antérieur de l'— XXXVIII, 13; pénétrabilité des milieux de l'— pour les rayons ultra-violet, XXXVIII, 440; malformation de l'— XXXVII, 283; rapports entre les troubles — et les désordres circulatoires, XXXVII, 694; lésions — par artério-sclérose, XXXVII, 282; hémorragies de la macula, XXXVII, 281; scotomes dus à l'éclipse solaire, XXXVIII, 696; rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie, XXXVII, 282; paralysie et contracture de la convergence, XXXVII, 270; de la déviation conjugquée des — XXXVIII, 535; de l'hémipie, XXXVIII, 535; de l'hémianopsie, XXXVIII, 694; cécité corticale, XXXVII, 277; hémianopsie due à des hé-

- morragies, XXXVII, 278; paralysie de l'accommodation par intoxication de viande XXXVII, 280; paralysie hystérique des oculo-moteurs, XXXVIII, 295; paralysie de l'oculo-moteur, XXXVII, 278; ophtalmoplégie, XXXVII, 277, 278, 279, 280; migraine — hystérique, XXXVIII, 135; migraine — et paralysie générale, XXXVII, 597; symptômes — dans la paralysie générale et l'épilepsie, XXXVII, 598; troubles — dans la paralysie générale, XXXVIII, 637; lésions — dans le paludisme, XXXVII, 283; pelade et lésions — XXXVIII, 215; injections mercurielles contre la syphilis — XXXVIII, 626; pyocétane pour l' — XXXVIII, 302; ligature des deux carotides primitives pour un exophtalmos pulsatile, XXXVII, 220; cysticerques de l' — XXXVII, 287; tumeurs malignes de l'angle interne de l' — XXXVII, 639; contusion de l' — XXXVIII, 293; corps étrangers de l' — XXXVIII, 301; énucléation de l' — et exenteration, XXXVIII, 360; greffe — XXXVII, 288. — R. B., XXXVII, 362, 766; XXXVIII, 376, 763.
- Œsophage.** Membrane du sac lymphatique — XXXVIII, 16; les pulsations cardio — XXXVII, 37; diverticules de l' — XXXVIII, 59; varices de l' — dans l'alcoolisme, XXXVII, 523; varices — dans la cirrhose du foie, XXXVIII, 148; fistule — dans la pleurésie purulente, XXXVII, 144; gastrostomie pour diverticule et rétrécissements de l' — XXXVIII, 666; gastrostomie pour cancer — XXXVIII, 257; œsophagotomie pour corps étranger — XXXVIII, 666. — R. B., XXXVII, 364, 768; XXXVIII, 377, 765.
- Œsophagite.** — exfoliative, XXXVIII, 146.
- Œsophagotomie.** — pour corps étranger de l'œsophage, XXXVIII, 666. — *Voy.* œsophage.
- Œuf.** Formation des caduques, XXXVIII, 414; étude d'un jeune — XXXVII, 15. — R. B., XXXVII, 768.
- Olfaction.** L'organe de l' — XXXVIII, 409; étude de la muqueuse — XXXVII, 417. — R. B., XXXVII, 768; XXXVIII, 377, 765.
- Ombilic.** Du cancer — XXXVIII, 665. — *Voy.* abdomen.
- Ongle.** De l' — incarné, XXXVII, 266; chute spontanée des — chez les diabétiques, XXXVIII, 152; recherches médico-légales sur un — blessé, XXXVIII, 234. — R. B., XXVII, 364.
- Ophtalmie.** — purulente, XXXVII, 274; — sympathique 14 ans après la blessure, XXXVIII, 298; origine microbienne de l' — sympathique, XXXVIII, 298; pathogénie et traitement de l' — sympathique, XXXVII, 282; XXXVIII, 298. *Voy.* œil.
- Ophtalmoplégie.** — nucléaire, XXXVII, 500; XXXVIII, 294, 295; — extérieure bilatérale protubérantielle, XXXVII, 277; — interne, XXXVII, 278, 279, 280; migraine — XXXVII, 279; de l' — XXXVIII, 535.
- Ophtalmique.** Physiologie du ganglion — XXXVIII, 422.
- Opium.** Empoisonnement par l' — XXXVII, 478.
- Optique.** Espace intervaginal du nerf — XXXVII, 4; résection du nerf — XXXVII, 284.
- Orbite.** Angiome suppuré de l' — suite de fièvre typhoïde, XXXVIII, 293; corps étranger de l' — XXXVIII, 293, 301; kyste hydatique de l' — XXXVIII, 293. — R. B., XXXVII, 364, 768; XXXVIII, 765.
- Orchite.** — varicelleuse, XXXVII, 263. *Voy.*
- Oreille.** Développement du nerf auditif, XXXVII, 3; étude du labyrinthe, XXXVIII, 16; le canal limacéen, XXXVIII, 411; anatomie du lobule — XXXVII, 12; de l' — externe, XXXVII, 411; physiologie de l' — interne, XXXVIII, 440; sensations acoustiques produites par les sels de quinine, XXXVIII, 93; théorie du vertige de Ménière, XXXVIII, 710; lésions par migration des bactéries dans l' — interne, XXXVIII, 711; surdité syphilitique, XXXVII, 588; complications des affections de l' — XXXVIII, 317; otorragie dans la cirrhose du foie, XXXVIII, 314; ablation de l'étrier, XXXVIII, 314. — R. B., XXXVII, 364, 768; XXXVIII, 377, 765.
- Oreillon.** R. B., XXXVII, 366, 770; XXXVIII, 378, 766.
- Orexine.** De l' — XXXVII, 87, 107, 469; XXXVIII, 108, 508.
- Orthopédie.** R. B., XXXVII, 770; XXXVIII, 767.
- Os.** Le squelette quaternaire de Chancelade, XXXVII, 21; l'épophyse sus-épitrochléenne, XXXVII, 21; XXXVIII, 21; l'angle du col du fémur à différents âges, XXXVIII, 21; influence de la posture sur la conformation des condyles du tibia et de l'astragale, XXXVIII, 20; altérations — dans les affections chroniques du cœur et des poumons, XXXVII, 514; anomalies — par excès de croissance XXXVII, 232; enchondrome du sternum, XXXVII, 222; arrachement des fragments — aux extrémités articulaires, XXXVIII, 660; suture osseuse dans les fractures de la clavicule, XXXVIII, 661; suture dans les luxations de la clavicule, XXXVIII, 662; soudures des — du tarse, XXXVII, 627; traitement des abcès — avec séquestre, XXXVII, 223. — R. B., XXXVII, 366, 770; XXXVIII, 378, 767.
- Ostéite.** Bacille typhique dans un foyer d' — suite de typhoïde, XXXVIII, 659; — arthropathie hypertrophique pneumique, XXXVII, 134; — du tarse, XXXVII, 627.
- Ostéomalacie.** Des paralysies en rapport avec l' — XXXVIII, 607; opération césarienne dans l' — XXXVIII, 194; castration dans l' — puerpérale, XXXVII, 545.
- Ostéomyélite.** Les microbes de l' — XXXVII, 78; formes de l' — infectieuse, XXXVIII, 285; — à staphylo-

- coques, streptocoques et pneumocoques, XXXVIII, 285; — suite d'infection vaccinale par les staphylocoques, XXXVIII, 659; — multiple chez un nouveau-né, XXXVII, 570, 571; — avec infection puerpérale, XXXVII, 571; anémie pernicieuse liée à l' — XXXVII, 154; traitement de l' — XXXVII, 209. *Voy. os.*
- Ostéoplastie. De l' — XXXVIII, 281.
- Ostéotomie. — du bassin, XXXVII, 627.
- Otite. *Voy. oreille.*
- Ovaire. Corps jaunes anormaux de l' — XXXVII, 174; modifications des — pendant la grossesse et les suites de couches, XXXVIII, 604; vie sexuelle de la femme après la castration, XXXVII, 540; hémorragie de l' — XXXVII, 539; origine épithéliale des tumeurs — XXXVIII, 184; torsion du pédicule des tumeurs — XXXVIII, 184, 597; récidives des kystes de l' — XXXVII, 173; suites d'opérations de kyste — XXXVII, 539. — R. B., XXXVII, 367, 770; XXXVIII, 378, 767.
- Ovariectomie. Vie génitale des femmes après la castration, XXXVIII, 174; statistique d' — XXXVII, 175; inertie utérine après l' — XXXVII, 185; — pendant la grossesse, XXXVIII, 606.
- Oxalique (Acide). Empoisonnement par l' — XXXVIII, 516.
- Oxalurie. De l' — XXXVII, 526.
- Oxydation. Formation d'acide lactique et de glucose par ralentissement des — XXXVIII, 456.
- Oxygène. Combinaisons du sang avec l' — XXXVIII, 426; action de l'eau — sur le sang, XXXVII, 475; — dans le traitement des maladies de l'estomac, XXXVIII, 107.
- Ozène. *Voy. nez.*
- P
- Pachydermie. — névromateuse, XXXVIII, 652; — du larynx, XXXVII, 657.
- Palais. Hiatus des piliers, XXXVII, 651; anomalies de la voûte — chez les aliénés, XXXVIII, 631; traitement des divisions du voile — et de la voûte — XXXVII, 648. — R. B., XXXVII, 368, 771; XXXVIII, 379, 768.
- Paludisme. Etude du — XXXVIII, 158; le — d'été et d'automne à Rome, XXXVIII, 158; l'eau des régions — est-elle le véhicule de l'infection? XXXVIII, 582; causes somatiques du — XXXVII, 527; développement des parasites — XXXVII, 461; les microbes du — XXXVII, 461; parasite de la fièvre quarte, XXXVIII, 582; hématozoaires du — XXXVIII, 157, des hématozoaires du — des espèces voisines, XXXVIII, 582; numérations des leucocytes dans le — XXXVIII, 582; toxicité de l'urine dans le — XXXVII, 41; — et névroses, XXXVII, 527; localisations cardiaques du — XXXVII, 164; lésions oculaires — XXXVII, 283; névralgie — de la langue, XXXVIII, 130; cystalgie — XXXVIII, 690. — R. B., XXXVII, 368, 771; XXXVIII, 379, 768.
- Panaris. Du — de Morvan, XXXVIII, 324; du — infectieux, XXXVII, 265.
- Pancréas. Développement du — XXXVIII, 16; effets de la pepsine sur le suc — XXXVIII, 33; influence de la bile sur le suc — XXXVIII, 437; diabète — — XXXVII, 159; effets de l'extirpation du — XXXVIII, 69; — ite hémorragique, XXXVII, 249; apoplexie — XXXVIII, 55; kystes du — XXXVII, 249, 250. — R. B., XXXVII, 369, 772; XXXVIII, 380; 768.
- Pansement. Conservation des matériaux de — de guerre, XXXVIII, 321. — R. B., XXXVII, 369, 772; XXXVIII, 380, 769.
- Paracrésotique (Acide). Action de l' — XXXVIII, 512.
- Paralysie. — pseudo-bulbaire cérébelleuse, XXXVIII, 126; nature périphérique de certaines — spinales, XXXVIII, 546; — de Landry, XXXVII, 569; XXXVIII, 131; — pseudo-hypertrophique, XXXVIII, 138, 139; — laryngées, XXXVIII, 706, 707; — bilatérale des récurrents, XXXVII, 656; — laryngée dans l'ataxie, XXXVII, 656; — du larynx grippales, XXXVIII, 308; — de l'oculo-moteur, XXXVII, 278; — oculaires, XXXVII, 277, 278, 279, 280; — faciale hystérique, XXXVII, 512, 561; XXXVIII, 134; — oculaire hystérique, XXXVIII, 295; monoplégies hystériques, XXXVII, 126; — du nerf sus-scapulaire, XXXVIII, 130; — scapulo-humérale, XXXVII, 510; — suite d'injection d'éther, XXXVII, 123; — dans la maladie de Parkinson, XXXVIII, 131; — de la 3^e paire dans le goitre exophtalmique, XXXVIII, 143; — cérébrale infantile, XXXVIII, 198; — obstétricales des nouveau-nés, XXXVIII, 198; — dans la pneumonie chez l'enfant, XXXVIII, 199; — diabétique, XXXVII, 159; crises bulbares dans les — diphtériques, XXXVIII, 586; — dans le mal de Pott, XXXVIII, 648; — en rapport avec l'ostéomalacie, XXXVIII, 607; — de l'accommodation par intoxication de viande, XXXVII, 280. — R. B., XXXVII, 369, 772; XXXVIII, 380, 769.
- Paralysie agitante. Changement de l'attitude dans le cours de la — XXXVIII, 549; des paralysies dans la — XXXVIII, 131. — R. B., XXXVII, 773.
- Paralysie générale. Lésions en foyer dans la — XXXVII, 598; lésions du cerveau dans la — XXXVIII, 636, 637; névrites périphériques dans la — XXXVIII, 637; état de la moelle dans la — XXXVIII, 638; attaques hystéroriformes dans la — XXXVIII, 636; troubles oculaires dans la — XXXVIII, 637; migraine ophtalmique et — XXXVII, 597; — toxiques, XXXVII,

- 597; symptômes oculo-moteurs dans la — XXXVIII, 598; syphilis et — XXXVIII, 626, 637; pseudo — syphilitique, XXXVIII, 223. — R. B., XXXVII, 370, 773; XXXVIII, 380, 769.
- Paramyoclonus. Du — multiplex, XXXVII, 143. — *Voy.* muscle.
- Paranoïa. Formes d'aliénation en rapport avec la — XXXVIII, 633.
- Paraplégie. — ataxique, XXXVII, 503, 507. — *Voy.* cerveau, moelle, paralysie.
- Parésie. — analgésique à panaris des extrémités supérieures, XXXVIII, 324.
- Parole. Variations thermiques céphaliques dans la — XXXVIII, 442; troubles de la — XXXVII, 500. — R. B., XXXVII, 370, 773; XXXVIII, 380, 770.
- Parotid., *ite.* Innervation de la — XXXVII, 26; — par le bacille d'Eberth, XXXVIII, 110; — à pneumocoques, XXXVIII, 664. — R. B., XXXVII, 370; XXXVIII, 380, 770.
- Pathologie. R. B., XXXVII, 370, 773; XXXVIII, 380, 770.
- Paupière. Traitement du symblépharon, XXXVII, 640; traitement du trichiasis, XXXVII, 640; ptosis congénital avec mouvements de la — XXXVIII, 698; l'avancement du tendon du releveur de la — XXXVIII, 695; traitement du ptosis, XXXVIII, 292; autoplastie des — XXXVII, 270, 288; greffe sur les — XXXVIII, 291. — R. B., XXXVII, 370, 773; XXXVIII, 380, 770.
- Peau. Nature des spirales épidermiques, XXXVII, 13; pigmentation de la — XXXVII, 192; traité des maladies de — XXXVII, 186; XXXVIII, 611; dégénérescence colloïde de la — XXXVII, 191; gangrene aiguë de la — XXXVII, 195; la tuberculose — XXXVII, 660; névrodermite aiguë, XXXVIII, 613; myome de la — XXXVII, 194; déterminations — de la blennorrhagie, XXXVII, 208; liniments siccatifs dans les maladies — XXXVIII, 620; menthol contre les lésions prurigineuses de la — XXXVII, 201. — R. B., XXXVII, 370, 774; XXXVIII, 381, 770.
- Pelade. — et lésions oculaires, XXXVIII, 215; pseudo — XXXVIII, 198; XXXVIII, 216; ; examen des poils dans la — de la barbe, XXXVII, 199. — R. B., XXXVIII, 770. *Voy.* teigne.
- Pellagre. R. B., XXXVII, 774.
- Pemphigus. — végétans, XXXVII, 577. — R. B., XXXVII, 371, 774; XXXVIII, 381, 770.
- Pénis. Traitement du cancer du — XXXVIII, 610.
- Pepsine. Effets de la — sur le suc pancréatique, XXXVIII, 33.
- Peptone. Formation de — dans la digestion gastrique, XXXVIII, 435; myosine — XXXVIII, 436; — isation de la viande suivant la préparation, XXXVII, 46; action du lait — XXXVIII, 436.
- Peptonémie. — expérimentale, XXXVII, 470.
- Peptonurie — expérimentale, XXXVII, 470; — dans un cas de leucémie, XXXVIII, 155.
- Peptotoxine. *Voy.* toxine.
- Péricarde, *ite.* Incision dans la — purulente, XXXVIII, 142; bruits de la — XXXVII, 136.
- Périnée. R. B., XXXVII, 371, 774; XXXVIII, 381, 770.
- Périostite. — phlegmoneuse, XXXVII, 224; — blennorragique, XXXVIII, 628.
- Péritoine. Le plan connectif sous — XXXVIII, 404; le lavage et le drainage du — XXXVII, 172; action des antiseptiques sur le — XXXVIII, 596; kyste sanguin du — XXXVII, 620; kyste chyleux du mésentère, XXXVII, 620; kyste dermoïde extra — opéré par le périnée, XXXVIII, 597; cancer végétant du mésentère, XXXVIII, 598. — R. B., XXXVII, 371, 774; XXXVIII, 381, 770.
- Péritonite. Hépatite suite de — chronique, XXXVII, 151; — purulente à pneumocoques, XXXVII, 572; — terminée par perforation cutanée, XXXVIII, 202; — tuberculeuse avec issue de lombries par une fistule abdominale, XXXVII, 616; étranglement intestinal par une bride de — XXXVII, 617; étiologie et traitement de la — septique, XXXVII, 617; traitement des — circonscrites dues à l'appendicite, XXXVII, 621; lavages dans la — tuberculeuse, XXXVII, 617; laparotomie dans la — aiguë et tuberculeuse, XXXVII, 616, 617; injections de sérum de chien dans la — tuberculeuse, XXXVIII, 520.
- Persil. Action des principes du — XXXVIII, 94.
- Petromyzon. Développement du — XXXVIII, 8.
- Phagocytes. Etude des — XXXVII, 63. — *Voy.* cellule.
- Pharmacologie. Traité de — XXXVIII, 98. — R. B., XXXVII, 372, 775; XXXVIII, 381, 771.
- Pharynx. Etat du — et de la gorge chez 2,238 enfants, XXXVIII, 700; spasmes du — XXXVIII, 702; érysipèle du — XXXVII, 658; cancer du — XXXVIII, 701. — R. B., XXXVII, 373, 776; XXXVII, 383, 772.
- Phénacétine. Emploi de la — chez l'enfant, XXXVIII, 204.
- Phénique (Acide). Action de l' — XXXVIII, 85; empoisonnement par l' — XXXVIII, 98.
- Phénocolle. Du — XXXVIII, 512.
- Phénol. Formation de — par les bactéries, XXXVIII, 45.
- Phénylhydrazine. Réaction de la — sur le sucre, XXXVIII, 43; action de la — XXXVII, 83.
- Phényluréthane. Action du — XXXVII, 472.
- Phimosi. *Voy.* génitaux.
- Phlébite. — consécutive à une amygdalite, XXXVII, 649. — *Voy.* veine.
- Phlegmon. R. B., XXXVII, 777.
- Phloridzine. Action de la — XXXVII, 82.

- Phosphore. Action de l'acide — XXXVIII, 94; variations de la lécithine dans l'empoisonnement par le — XXXVII, 442.
- Photographie. R. B., XXXVII, 374.
- Phthiriasis. R. B., XXXVIII, 773.
- Phthisie. Voy. tuberculose.
- Physetère. Emploi de l'huile de — XXXVII, 200.
- Physiologie. R. B., XXXVII, 374, 777; XXXVIII, 384.
- Piché. Emploi du — dans les maladies urinaires, XXXVII, 487.
- Pied. Le petit orteil, XXXVIII, 22; les tubercules du — XXXVIII, 284; fractures des os du tarse, XXXVIII, 280; soudure des os du tarse, XXXVII, 627; ostéo-arthritis du tarse, XXXVII, 627; résections du — XXXVIII, 282; tarsectomie totale postérieure et amputation du — à lambeau talonnier périostique, XXXVIII, 282; polydactylie — XXXVII, 57. — R. B., XXXVII, 374, 777; XXXVIII, 333, 773.
- Pied plat. Traitement du — XXXVIII, 664.
- Pigment. Du — mélanique, XXXVIII, 481; — de la peau, XXXVII, 192. R. B., XXXVII, 777; XXXVIII, 383, 773.
- Pipérazidine. Action de la — et emploi dans les maladies mentales, XXXVIII, 508.
- Pipéridine. Action de la — XXXVII, 83.
- Pituri. — et nicotine, XXXVIII, 506.
- Pityriasis. R. B., XXXVII, 777; XXXVIII, 773.
- Placenta. Le — des rougeurs, XXXVII, 409; insertion vélamenteuse du cordon sur un — bilobé, XXXVIII, 607; infarctus blancs du — XXXVII, 51; portes de l'infection — du fœtus, XXXVIII, 604; pathogénie du — prœvia, XXXVIII, 195; diagnostic du — prœvia, XXXVII, 554; traitement du — prœvia, XXXVII, 555. — R. B., XXXVII, 374, 777; XXXVIII, 384, 773.
- Plaie. L'anaérobiose au point de vue de la guérison des — XXXVIII, 74. — R. B., XXXVII, 375, 778; XXXVIII, 384, 774.
- Plaies par armes à feu. Effets des projectiles de fusils à petit calibre, XXXVIII, 319; — du crâne, XXXVIII, 644; — de l'abdomen, XXXVII, 240; — de l'estomac et de l'intestin, XXXVII, 240.
- Pleurésie. Nature des — séro-fibrineuses, XXXVIII, 144; bacille d'Eberth dans un épanchement — XXXVIII, 145; — à streptocoques, XXXVII, 144; — dans la fièvre typhoïde, XXXVII, 70; traitement de la — XXXVIII, 103; de l'antipyrine contre les épanchements XXXVIII, 529; empyème double chez l'enfant, XXXVII, 563; XXXVIII, 201; — purulentes de l'enfance, XXXVII, 563; fistule œsophagienne dans la — purulente, XXXVII, 144; XXXVIII, 200; traitement de la — purulente, XXXVII, 482, 483; XXXVIII, 527.
- Plevre. Le plan connectif sous — XXXVIII, 404; de la congestion — pulmonaire, XXXVII, 520; suppression du lavage de la — après l'opération de l'empyème, XXXVII, 94. — R. B., XXXVII, 375, 778; XXXVIII, 384, 774.
- Plomb. — dans l'eau de seltz, XXXVII, 495; empoisonnement par l'eau blanche, XXXVIII, 235.
- Pneumogastrique. Anomalie du — XXXVII, 4. — Voy. nerf.
- Pneumonie. Etiologie des — aiguës, XXXVII, 141; de la — fibrineuse, XXXVII, 69; — typhique, XXXVII, 70; détermination pneumococcique sans — XXXVII, 141; — à streptocoques, XXXVII, 141; diffusion du pneumocoque dans la — XXXVII, 141; diplocoque — dans le lait d'une femme atteinte de — XXXVII, 69; thrombose veineuse dans la — XXXVIII, 567; accès du poudon dans la — XXXVIII, 567; néphrite — XXXVII, 156; méningite à pneumocoque sans — XXXVII, 505; paralysies dans la — chez l'enfant, XXXVIII, 199; toxicité de l'urine — XXXVII, 39; traitement de la — par l'iodure d'éthyle, XXXVII, 482; traitement de la — par le berceau de glace, XXXVIII, 103; digitale dans la — XXXVIII, 104; bain froid dans la — XXXVIII, 104. Voy. poudon.
- Pneumothorax. Moyen de remédier au — aigu consécutif à l'ouverture de la paroi thoracique, XXXVII, 222.
- Pneumotomie. Observations de — XXXVII, 221; XXXVIII, 255; — pour gangrène, XXXVII, 631.
- Poids. — du corps dans les maladies mentales, XXXVIII, 629. — R. B., XXXVIII, 384, 774.
- Poils. Les — à sinus, XXXVIII, 13; la régénération des — arrachés, XXXVII, 582; la kératinisation des — leur régénération après l'épilation, XXXVIII, 416; examen des — dans la pelade, XXXVII, 199; trichorrexia nodosa, XXXVIII, 615; implantation secondaire des — dans les kystes dermoïdes, XXXVIII, 63. — R. B., XXXVII, 376, 779; XXXVIII, 385, 774.
- Poison. Traitement des — XXXVII, 476. — Voy. empoisonnement.
- Pollakiurie. — psychopathique, XXXVIII, 687.
- Polypes. Voy. divers organes.
- Poplité. Kystes — XXXVIII, 288.
- Pouls. Étude du — total des extrémités, XXXVII, 30; ondes du — XXXVII, 28; dirotisme du — XXXVIII, 434; le — lent permanent, XXXVII, 513.
- Poudon. Développement du — XXXVII, 412; influence de l'air chaud sur la température du — XXXVII, 93; pression —, XXXVII, 31; sclérose de l'artère — XXXVIII, 469; de la congestion pleuro — XXXVII, 520; ostéo-arthropathie pneumique, XXXVII, 134; altérations osseuses dans les affections chroniques des — XXXVII, 514; surmenage du cœur droit dans les maladies — XXXVII, 136; œdème — dans les maladies des reins, XXXVII, 156; troubles — à la suite des hernies étran-

- glées, XXXVIII, 675; syphilis héréditaire des — XXXVIII, 224; gangrène du — XXXVIII, 79; pneumotomie pour gangrène — XXXVII, 631; ponction et drainage du — pour abcès et gangrène, XXXVII, 221; hernie du — XXXVII, 221; abcès — dans la pneumonie, XXXVIII, 567; ouverture d'abcès — XXXVIII, 200; hydatis du — XXXVIII, 200, 255; ponction du — dans l'apoplexie, XXXVII, 482; violet de méthyle dans les affections — XXXVIII, 529; cancer du — XXXVII, 520; résection du sommet du — XXXVIII, 256. — R. B., XXXVII, 376, 779; XXXVIII, 384, 774.
- Pourriture d'hôpital. — R. B., XXXVII, 779.
- Poussière. Localisation des — métalliques, XXXVIII, 478.
- Poux. Macules bleues des — du pubis, XXXVII, 189.
- Présentation. Voy. accouchement.
- Pression. — cérébrale, XXXVIII, 419; effets des variations de — artérielle sur l'excitation cérébrale, XXXVIII, 441; modifications de la — sanguine par le travail musculaire et l'absorption de liquide, XXXVIII, 26; action de l'iode et des iodures sur la — artérielle, XXXVII, 474; effets de la compression de l'artère pulmonaire sur la — sanguine, XXXVII, 426; — pulmonaire, XXXVII, 31; — sanguine dans l'asphyxie, XXXVII, 28; atmosphères médicamenteuses sous — dans la tuberculose, XXXVIII, 520, 525.
- Prostate, ite. — isme chez la femme, XXXVIII, 690; incision périnéale dans la — suppurée, XXXVIII, 689; traitement de l'hypertrophie — XXXVIII, 276; atrophie — XXXVIII, 277; otomie et — ectomie, XXXVII, 262; ablation de la — XXXVII, 635. — R. B., XXXVII, 377, 779; XXXVIII, 385, 775.
- Prostitution. La — à Paris, XXXVII, 419.
- Protopine. Action de la — XXXVII, 470.
- Protozoaire. — comme parasite dans le cancer, XXXVII, 98; XXXVIII, 50. — R. B., XXXVIII, 779; XXXVIII, 385, 775.
- Prurigo. Du — XXXVIII, 615; pathogénie et traitement du — XXXVIII, 210; — simulant la varicelle, XXXVIII, 211. — R. B., XXXVII, 779; XXXVIII, 385, 775.
- Prurit. Du — XXXVIII, 615; — hivernal, XXXVIII, 209; menthol contre le — XXXVII, 201.
- Psoritis. Attitude du membre dans la — XXXVII, 634.
- Psoriasis. Du — XXXVII, 196; nature du — XXXVIII, 620. — R. B., XXXVII, 377; XXXVIII, 385, 775.
- Psorospermie, ose. Etude des — XXXVIII, 49, 491; obs. de — folliculaire, XXXVII, 576; étiologie de la — XXXVII, 66; — cutanée, XXXVIII, 210. — R. B., XXXVII, 377.
- Psychologie. R. B., XXXVII, 377, 780; XXXVIII, 385, 776.
- Psychose. Troubles sensitifs et sensoriaux dans les — XXXVIII, 638; — grippales, XXXVII, 528, 590; — d'origine gastrique, XXXVII, 591; — tabagique, XXXVIII, 640; — quinqué, XXXVIII, 641; traitement des — par excision de l'écorce cérébrale, XXXVII, 592. — R. B., XXXVII, 377; XXXVIII, 775.
- Ptomaïne. — des viandes de conserve, XXXVII, 493. — R. B., XXXVII, 377; XXXVIII, 385, 776.
- Puerpéral. De l'endocardite — XXXVIII, 603; traitement de la septicémie — XXXVIII, 603; thrombose cérébrale — XXXVIII, 604; scarlatine — XXXVIII, 190; ostéomyélite d'origine — XXXVII, 571. — R. B., XXXVII, 378, 780; XXXVIII, 385, 776.
- Pupille. Voy. iris.
- Purpura R. B., XXXVII, 378, 780; XXXVIII, 385, 776.
- Pus. Antagonisme entre les bacilles du charbon et ceux du — bleu, XXXVII, 463.
- Pylore. Voy. estomac.
- Pyoctanine. Action et emploi de la — XXXVII, 487; XXXVIII, 86; — en oculistique, XXXVIII, 302. — Voy. aniline.
- Pyocyannique. Races du bacille — XXXVIII, 77; lésions cérébrales dans la maladie — XXXVIII, 489; action des produits sécrétés par le bacille — XXXVIII, 490; maladie — chez l'homme, XXXVII, 533.
- Pyohémie. De la — XXXVIII, 489. — R. B., XXXVIII, 385.
- Pyridine. Action de la — XXXVII, 83.

Q

Quarantaine. R. B., XXXVIII, 776.

Quinine. Action de la — XXXVIII, 505; amblyopie — XXXVIII, 297; sensations acoustiques produites par les sels de — XXXVIII, 93; exanthème — XXXVII, 188; psychose — XXXVIII, 641. — R. B., XXXVIII, 776.

R

Rachis. Effets des mouvements du corps sur la capacité du canal — XXXVIII, 442; déviations latérales du — dans le mal de Pott, XXXVIII, 648; lordose des vertèbres cervicales, XXXVIII, 648; trépanation du — chez l'enfant, XXXVIII, 208; trépanation pour lésions du — XXXVII, 603, 607; trépanation et résection du — XXXVIII, 648; de la laminectomie, XXXVIII, 648. — R. B., XXXVII, 378, 780; XXXVIII, 385, 776.

Rachitisme. Teneur en chaux des organes et des os — XXXVIII, 461. — R. B., XXXVII, 378, 781; XXXVIII, 386, 777.

- Rage. Lésions du système nerveux dans la — XXXVII, 54; anatomie pathologique de la — XXXVIII, 479; forme atypique de la — XXXVIII, 479; forme atténuée de la — XXXVIII, 162; vaccinations anti — XXXVIII, 497. — R. B., XXXVII, 379, 781; XXXVIII, 386, 779.
- Rate. Ebauche de la — XXXVII, 15; développement de la — XXXVII, 416; fonctions des cellules — XXXVIII, 30; processus de multiplication et de destruction dans les cellules de la — XXXVIII, 474; valeur diagnostique de la ponction de la — dans la fièvre typhoïde, XXXVIII, 491; l'hypertrophie — et la leucémie, XXXVIII, 578, 579; tuméfaction de la — dans les maladies infectieuses, XXXVII, 76; fonctions de la — dans les maladies infectieuses, XXXVIII, 75; déchirure de la — XXXVII, 248; résection partielle de la — XXXVII, 614. — R. B., XXXVII, 379, 781; XXXVIII, 386, 777.
- Rectum. Abouchements congénitaux du — à la vulve et au vagin, XXXVIII, 185; traitement du prolapsus — XXXVIII, 678; traitement de la fistule — vaginale, XXXVIII, 598; extirpation du cancer — XXXVIII, 679; de la colorectostomie, XXXVII, 242. — R. B., XXXVII, 379, 781; XXXVIII, 386, 777.
- Réflexe — nasal, XXXVII, 652; le — crémastérien dans l'anesthésie, XXXVII, 602; le — anal, XXXVIII, 443; du — tendineux, XXXVIII, 424; suppression des — dans la diphtérie, XXXVII, 564; réapparition des — dans le tabes, XXXVIII, 127; anurie — XXXVIII, 70. — R. B., XXXVII, 379, 781; XXXVIII, 386, 777.
- Rein. Développement du — primitif, XXXVIII, 415; physiologie du — XXXVII, 434; l'action de l'éther sur le — XXXVII, 41; corps albuminoïdes des — XXXVIII, 448; action des albuminates sur l'activité — XXXVII, 38; régénération des — XXXVIII, 482; nécrose anémique des épithéliums du — XXXVIII, 475; bactéries dans les — dans les maladies infectieuses aiguës, XXXVIII, 475; influence du climat sur la maladie de Bright, XXXVIII, 156; étiologie du mal de Bright, XXXVII, 525; anomalies des maladies — XXXVII, 156; œdème pulmonaire brightique, XXXVII, 156; anurie réflexe, XXXVIII, 70; anurie consécutive à un épithélioma des voies biliaires, XXXVII, 251; lésions — dans le cancer utérin, XXXVII, 167; — diabétique, XXXVII, 159; affections — de la grossesse, XXXVIII, 605; eschares de tissu — éliminées par la miction, XXXVIII, 155; hémophilie — XXXVIII, 680; tuberculose — XXXVIII, 680, 685; abcès — périrénaux, XXXVIII, 685; abcès péri — ouvert dans les bronches, XXXVIII, 685; fistule urétéro-cœcale, XXXVII, 212; concrétions calcaires des — XXXVIII, 96; — calculeux contenant des gaz, XXXVIII, 680; traitement des calculs — XXXVIII, 680, 684; tumeurs malignes du — XXXVIII, 685, 686; rupture du — XXXVIII, 681; du — mobile, XXXVII, 251; influence des chaussures à talon élevé sur la mobilité du — XXXVII, 498; néphrectomie pour hydronéphrose, XXXVII, 251; néphrectomie pour tuberculose — XXXVII, 251; néphrectomie pour tumeurs — XXXVII, 251; obs. de néphrolithotomie, XXXVIII, 680; obs. de néphrectomie, XXXVIII, 680, 681; extirpation partielle du — XXXVII, 251, 254. — R. B., XXXVII, 380, 781; XXXVIII, 386, 778.
- Réséction. — du sommet du poulmon, XXXVIII, 256; — du sacrum pour les opérations pelviennes, XXXVII, 538; — de la cavité cotyloïde, XXXVII, 224; résultats des — de la hanche, XXXVII, 624; — du genou, XXXVII, 624; XXXVIII, 284; résultats de la — du genou, XXXVIII, 664; — du cou-de-pied, XXXVII, 624; — tibio-tarsienne par ablation préalable de l'astragale, XXXVIII, 282; — ostéoplastique du pied, XXXVIII, 282; tarsectomie totale postérieure, XXXVIII, 282. — R. R., XXXVII, 381, 782; XXXVIII, 387, 778.
- Résorcine. De la — XXXVIII, 507; — contre l'ulcus rodens, XXXVIII, 215.
- Respiration. Du centre — XXXVII, 420; XXXVIII, 23; la — pulmonaire, XXXVII, 421; cause des premiers mouvements — XXXVII, 32, 421; étude de la — XXXVII, 31; échanges — XXXVII, 32; combustions — XXXVII, 33; échanges — dans la fièvre, XXXVII, 61; mesure des combustions — XXXVIII, 27; influence de la température sur l'échange — XXXVIII, 27; influence de l'acide acétique sur les échanges gazeux — XXXVII, 420; effets du chloral sur les actions chimiques — XXXVIII, 88; influence des pressions extérieures sur la — XXXVIII, 28; force électromotrice produite par la — XXXVII, 421; valeur des échanges — de l'intestin, XXXVIII, 36; — par le nez et par la bouche, XXXVII, 422; phénomènes de Cheyne-Stokes, XXXVIII, 28. — R. B., XXXVII, 381, 783; XXXVIII, 387, 779.
- Rétine. Vaso-moteurs de la — XXXVIII, 25; coloration de la — avec l'hémathoxyline, XXXVII, 12; renouvellement des fonctions de la — XXXVII, 645; figure étoilée dans le centre de la — XXXVII, 645; influence de la fatigue de la — XXXVII, 281; altérations sénilles de la — XXXVII, 645; traitement du décollement — XXXVII, 646; du gliome de la — XXXVII, 647. — R. B., XXXVII, 381, 783; XXXVIII, 388, 779.
- Rétrécissement. — du vagin, XXXVIII, 186; traitement des — de l'urètre, XXXVIII, 688. Voy. divers organes.
- Revue générale. De la parésie analgésique, maladie de Morvan, XXXVIII, 324; le chimisme stomacal, XXXVII, 289; la tuberculose cutanée, XXXVII, 660; la tuberculine de Koch, XXXVII, 692.

Rhinoplastie. Procédé de — XXXVII, 654; obs. de — XXXVIII, 304. *Voy. nez.*
 Rhinosclérome. Obs. de — XXXVIII, 617. bactériologie du — et traitement, XXXVIII, 617.
 Rhubarbe. Exanthème par la — XXXVIII, 619.
 Rhumatisme. Fièvre dans le — XXXVIII, 589; — hyperpyrétique sans complications cérébrales, XXXVIII, 589; — nouveaux chez l'enfant, XXXVII, 568; origine embolique des nodosités — XXXVIII, 58; rapports de la chorée et du — XXXVIII, 199; — blennorragique avec amyotrophie, XXXVIII, 628; salol dans le — XXXVIII, 109. — R. B., XXXVII, 381, 783; XXXVIII, 388, 780.
 Roburite. Empoisonnement par la — XXXVII, 477.
 Roséole. R. B., XXXVIII, 382.
 Rotule. *Voy. os.*
 Rougeole. Épidémie de — XXXVIII, 206; bronchopneumonie de la — XXXVII, 563; myosite — XXXVII, 570. — R. B., XXXVII, 382, 784; XXXVIII, 388, 780.
 Rouget. Du — du porc, XXXVIII, 500. R. B., XXXVII, 382.
 Rubéole. R. B., XXXVIII, 388, 780.

S

Saccharine. Aliments additionnés de — XXXVIII, 120.
 Sacrum. Le — de six vertèbres au point de vue obstétrical, XXXVII, 181; fistule — avec écoulement de liquide céphalo-rachidien, XXXVIII, 289; tumeurs de la région — comme cause de dystocie, XXXVII, 180.
 Saignée. Effets de la — XXXVIII, 434. *Voy. sang.*
 Salamandre. Développement de la — XXXVIII, 407.
 Salicine. — comparée au salicylate de soude, XXXVIII, 533.
 Salicylique (Acide). Élimination des préparations — par les épanchements séreux, XXXVIII, 513; antagonisme des préparations iodées et — XXXVII, 474; salic. comparée au — de soude, XXXVIII, 533.
 Salipyrine. De la — XXXVII, 469, 486.
 Salive. Action des acides sur la transformation de l'amidon par la — XXXVIII, 42; tumeur gazeuse par déchirure du canal de Sténon, XXXVIII, 665. — R. B., XXXVII, 382, 784; XXXVIII, 388, 780.
 Salpingite. *Voy. utérus.*
 Salol. Effets du — XXXVII, 83; action du — sur les reins, XXXVII, 84; accidents toxiques dus au — XXXVIII, 519; — dans l'amygdalite, XXXVII, 649; — dans la diarrhée infantile, XXXVIII, 567; — dans le rhumatisme, XXXVIII, 109; — dans la blennorragie, XXXVII, 103, 590.

Sang. — Cellules éosinophiles dans le — XXXVIII, 470; les corpuscules — XXXVIII, 12; le — comme tissu, XXXVII, 9; mouvement du — dans les artères, XXXVII, 427; état fluide du — dans l'organisme, XXXVIII, 38; augmentation du nombre des globules rouges chez les habitants des hauts plateaux, XXXVII, 427; densité du — XXXVIII, 445; modifications de la pression — par le travail musculaire et l'absorption de liquide, XXXVIII, 26; augmentation du poids spécifique du — XXXVII, 30; pression — dans l'asphyxie, XXXVII, 28; dynamique du — XXXVII, 28; coagulation du — XXXVII, 49; effets des sels de fer sur la coagulation du — XXXVII, 435; influence des sels sur la coagulation, XXXVIII, 430, 431, 432, 433; action de l'extrait de sangsue sur le — XXXVIII, 433; l'alcalinité comparée du — XXXVII, 436; recherches du sucre dans le — XXXVII, 436; XXXVIII, 39; perméabilité des globules du — pour les sels, XXXVII, 425; action des albuminoïdes du — sur le glucose, XXXVII, 28; teneur du — artériel et veineux en graisse, XXXVII, 27; action de l'eau oxygénée sur le — XXXVII, 475; l'œdème et la richesse du — en hémoglobine, XXXVIII, 38; combinaisons du — avec l'oxygène et l'acide carbonique, XXXVIII, 426; combinaison de l'hémoglobine avec l'oxygène, XXXVIII, 426; apparition de l'oxyhémoglobine dans la bile, XXXVIII, 445; réactions du glycogène dans le — XXXVIII, 430; reconnaissance de l'oxyde de carbone dans le — XXXVII, 435; recherches de l'oxyde de carbone dans le — XXXVII, 232; examen des taches de — XXXVIII, 233; étude du noyau des globules blancs, XXXVII, 8; irritabilité des leucocytes, XXXVII, 60; nature des leucocytes, XXXVIII, 472; propriétés chimiotaxiques des leucocytes, XXXVII, 63; irritabilité des leucocytes, ses relations avec l'inflammation, XXXVII, 448; leucocytose inflammatoire, XXXVIII, 71, 471; participation des leucocytes dans la production des néoplasies du tissu conjonctif, XXXVIII, 46; du — dans la défense de l'organisme contre l'infection, XXXVIII 486; toxicité des extraits du — et du sérum, XXXVIII, 487; recherche des microcoques pyogènes du — XXXVIII, 72; propriété bactéricide du sérum, XXXVIII, 74 75; action du — sur les bactéries, XXXVII, 65; parasites du — XXXVII, 48, 63; composition des gaz du — dans la fièvre, XXXVIII, 430; examen du — dans les maladies, XXXVIII, 52; pathologie du — XXXVIII, 53; régulation des éléments du — dans la pléthore, XXXVII, 425; le — dans l'hystérie, XXXVIII, 134; hématozoaires du paludisme, XXXVIII, 582; numération des leucocytes dans le paludisme, XXXVIII, 582; vice de formation des globules rouges dans l'anémie pernicieuse, XXXVII, 154; le — leucé-

- mique, XXXVII, 50; altération du — dans les infections, XXXVIII, 472; variations des leucocytes dans le diabète, XXXVIII, 575; — des aliénés, XXXVIII, 629; contenu du — en hémoglobine pendant la grossesse, XXXVII, 178; applications de l'analyse spectroscopique du — en chirurgie, XXXVIII, 242; injection de — de chien et de chèvre dans la tuberculose, XXXVII, 479, 480; XXXVIII, 520. — R. B., XXXVII, 382, 784; XXXVIII, 388, 781.
- Sanguine. Action de l'extrait de — sur le sang, XXXVIII, 433.
- Santonine. Empoisonnement par la — XXXVIII, 95.
- Sarcome. Involution spontanée du — XXXVII, 192; — des nerfs, XXXVIII, 652; — de la langue, XXXVII, 267; — du foie, XXXVIII, 570; — mélanique du foie, XXXVIII, 149; du — mammaire, XXXVII, 233; — des doigts, XXXVII, 266. — R. B., XXXVII, 383, 785; XXXVIII, 389, 781.
- Saturnisme. Les accidents — XXXVIII, 518; le — à Rouen, XXXVIII, 116; plomb sous la peau des — XXXVIII, 116; troubles nerveux du — chronique, XXXVII, 477; plomb dans l'eau de seltz, XXXVII, 495; les poussières de plomb, XXXVII, 116. — R. B., XXXVII, 383, 785; XXXVIII, 389, 781.
- Savon. Action des — sur l'organisme, XXXVIII, 94; — médicamenteux, XXXVIII, 620.
- Scarlatine. Angines de la — XXXVII, 71, 650; — puerpérale, XXXVIII, 190. — R. B., XXXVII, 383, 785; XXXVIII, 389, 782.
- Sciaticque. — causée par une perforation du nerf par une aiguille osseuse, XXXVII, 609; Voy. névralgie.
- Sclérodermie. — R. B., XXXVII, 383; XXXVIII, 389, 782.
- Sclérose. — cardiaque, XXXVII, 136; vertiges des artério — XXXVII, 140; de la — en plaques multiple, XXXVIII, 543. Voy. moelle.
- Sclérotique. Tuberculose de la — XXXVII, 270; rupture de la — XXXVII, 641; suture des blessures de la — XXXVIII, 699. — R. B., XXXVII, 786; XXXVIII, 389.
- Scoliose. Voy. rachis.
- Scorbut. — R. B., XXXVII, 786; XXXVIII, 782.
- Scrofule. — R. B., XXXVII, 383; XXXVIII, 389, 782.
- Seratum. Hématome du — XXXVIII, 691.
- Sécrétion. Mécanisme de la — XXXVII, 415.
- Seigle. Action du — ergoté, XXXVII, 437.
- Selles. Tourbe pour désinfecter les — XXXVIII, 122. Voy. fèces.
- Séminale (vésicule). Extirpation de la — et du canal déférent, XXXVIII, 276; Sensibilité. Perceptibilité différentielle, XXXVIII, 134. — R. B., XXXVII, 786.
- Sensomobilité. De la — XXXVIII, 424.
- Septicémie. Des processus — XXXVIII, 489; étude de la — XXXVIII, 81; — cryptogénétique, XXXVII, 156; rapports du tétanos et de la — gangreneuse, XXXVII, 456; traitement de la — puerpérale, XXXVIII, 603. — R. B., XXXVII, 786; XXXVIII, 389, 782.
- Séreuse. — R. B., XXXVII, 786.
- Serpent. Action du venin de naja tripudians, XXXVII, 476. — R. B., XXXVII, 786; XXXVIII, 389, 782.
- Sérum. Voy. sang.
- Sexe. — R. B., XXXVII, 384.
- Silicique (Acide). L' — comme milieu nutritif pour les organismes, XXXVII, 67.
- Sommeil. États de — hystérique, XXXVIII, 551; maladie du — XXXVIII, 553. — R. B., XXXVII, 384, 786; XXXVIII, 389, 782.
- Somnal. Du — XXXVIII, 89.
- Souffle. Valeur des — veineux du cou, XXXVIII, 554.
- Sozoiodol. Du — XXXVIII, 105.
- Spasme. — du pharynx, XXXVIII, 702.
- Spectre. Influence sur l'acuité visuelle de la longueur d'onde — XXXVII, 269.
- Spectroscope. Application de l'analyse — du sang en chirurgie, XXXVIII, 242.
- Spermatozoides. Structure des — XXXVII, 18, 19. Voy. testicule.
- Sperme. Composition du — XXXVII, 47.
- Spermine. De la — XXXVIII, 458.
- Sphénoïde. Canal dans le — XXXVIII, 412.
- Spina bifida. Obs. de — XXXVII, 220; trépanation pour — XXXVII, 648. — R. B., XXXVII, 384; XXXVIII, 389, 782.
- Staphylocoque. Voy. bactériologie.
- Sternum. Voy. os.
- Stomatite. Pathogénie de la — mercurielle, XXXVIII, 230; — gangreneuse, XXXVIII, 107.
- Strabisme. Etiologie du — XXXVII, 272, 273; paralysie et contracture de la convergence, XXXVII, 270; le — concomitant, XXXVII, 271; — névropathique, XXXVII, 271; du — XXXVII, 637, XXXVIII, 694; traitement du — XXXVII, 271, 638; noix vomique dans l'insuffisance des muscles, XXXVII, 273. — R. B., XXXVII, 384, 786; XXXVIII, 390, 782.
- Strychnine. Action de la — sur le cerveau, XXXVII, 469; vaccination chimique du tétanos par la — XXXVII, 455.
- Sublimé. Voy. mercure.
- Sucre. Action des — dans l'organisme, XXXVIII, 444; recherche du — dans l'urine, XXXVIII, 447; recherche du — dans le sang, XXXVII, 436; dosage du — dans le sang, XXXVIII, 39; réaction de la phénylhydrazine sur le — XXXVIII, 43. — R. B., XXXVII, 384; XXXVIII, 390.
- Suette. — R. B., XXXVII, 384.
- Sueur. Composition de la — XXXVIII, 44; des — tuberculeux, XXXVII, 518; acétone dans la — XXXVII, 44; tellurate de soude contre les — XXXVIII, 104; traitement de la — des pieds, XXXVIII, 322. — R. B., XXXVII, 384, 786; XXXVIII, 390.
- Suicide. Le — en Angleterre, XXXVIII, 240.

Sulfonal. Action du — XXXVII, 104 ; emploi du — dans l'épilepsie et chez les aliénés, XXXVII, 104.

Sulfureux (Acide). Valeur désinfectante de l' — XXXVII, 81.

Suppuration. Étiologie de la — XXXVIII, 78 ; de la — XXXVIII, 470 ; indications fournies au diagnostic et au traitement des — par les recherches bactériologiques, XXXVIII, 658 ; les — pelviennes, XXXVIII, 165. — R. B., XXXVII, 384, 786.

Surdi-mutité. — R. B., XXXVII, 384, 786 ; XXXVIII, 390, 782.

Surdité. *Voy.* oreille.

Surmenage. Effets du — sur l'infection, XXXVIII, 486.

Suspension. — chez les aliénés, XXXVII, 601 ; — dans les maladies du système nerveux et le tabes, XXXVII, 109.

Symplepharon. *Voy.* paupière.

Symphatique. Rapports du — cervical avec l'épiderme et les glandes, XXXVIII, 26 ; fonctions des ganglions — XXXVII, 25, 26 ; partie cervicale du — comme nerf sécrétoire, XXXVII, 26 ; la partie cervicale du — comme nerf sécrétoire et ses rapports avec les glandes, XXXVIII, 423 ; de l'extirpation du plexus coeliaque, XXXVII, 59.

Synchisis. — étincelant, XXXVIII, 294.

Syncope. Etat — chez l'enfant, XXXVIII, 199.

Synoviale. — R. B., XXXVIII, 782.

Synovite. Les grains riziformes sont-ils des produits tuberculeux, XXXVII, 518.

Syphilis. — au point de vue bactériologique, XXXVII, 201 ; bactériologie dans la — XXXVII, 584 ; de l'immunité — XXXVIII, 624 ; réinfection — XXXVII, 585 ; XXXVIII, 221 ; réinfection et pseudo-réinfection — XXXVIII, 623, 624 ; — dans les armées, XXXVII, 583 ; les maladies vénériennes dans l'armée anglaise, XXXVIII, 322 ; — des nourrices, XXXVIII, 623 ; l'hérédité — XXXVIII, 621 ; — héréditaire, XXXVII, 588 ; craniométrie dans la — héréditaire, XXXVIII, 221 ; — tardive, XXXVII, 204 ; pseudo-chancres, XXXVII, 586 ; chancres extra-génitaux, XXXVII, 587 ; XXXVIII, 225 ; infection extra-génitale, XXXVII, 202 ; éruptions — précoces, XXXVII, 202 ; érythème circiné — XXXVIII, 626 ; — tertiaire serpiginieuse avec dépigmentation, XXXVIII, 626 ; eczéma — XXXVII, 204 ; gomme de la paroi thoracique, XXXVII, 203 ; étude des gommes — XXXVII, 203 ; lymphome — XXXVII, 587 ; accidents méningitiques de la — héréditaire, XXXVIII, 220 ; — cérébrale, XXXVIII, 221, 625 ; — de la moelle, XXXVIII, 222 ; — et paralysie générale, XXXVIII, 626, 637 ; pseudo-paralysie générale — XXXVIII, 223 ; — héréditaire des poumons, XXXVIII, 224 ; tubage dans les sténoses — du larynx, XXXVIII, 308 ; — du cœur, XXXVIII, 224 ; gommes des amygdales, XXXVIII, 223 ; — des

amygdales pharyngée et épiglottique, XXXVIII, 223 ; diabète insipide — XXXVIII, 224 ; surdité — XXXVII, 588 ; épiddymite—secondaire, XXXVIII, 627 ; — du col utérin, XXXVIII, 226 ; relations de la — et des maladies intercurrentes, XXXVIII, 220 ; — et grossesse, XXXVII, 586 ; arthrite — du maxillaire, XXXVII, 204 ; effets de la chaleur sur la — XXXVIII, 229 ; traitement de la — XXXVIII, 227 ; excision du chancre, XXXVIII, 227 ; emploi de l'aristol dans la — XXXVII, 588 ; baume du Pérou dans les ulcères — XXXVIII, 621 ; mercure dans des vers intestinaux expulsés par un — traité par le mercure, XXXVII, 47 ; traitement par les injections mercurielles, XXXVII, 205, 206, 588 ; XXXVIII, 227, 228, 229 ; injections de salicylate de mercure dans la — oculaire, XXXVIII, 626. — R. B., XXXVII, 384, 786 ; XXXVIII, 390, 782.

Syngomyélie. Rétrécissement du champ visuel dans la — XXXVII, 282. *Voy.* moelle.

T

Tabac. Psychose — XXXVIII, 640. — R. B., XXXVII, 788 ; XXXVIII, 784.

Tachycardie. *Voy.* cœur.

Tania. R. B., XXXVII, 386, 788 ; XXXVIII, 784.

Taille. Résection du pubis dans la — XXXVIII, 275. — *Voy.* vessie.

Tarse. *Voy.* pied.

Teigne. Prophylaxie de la — XXXVII, 199. — R. B., XXXVII, 386, 788 ; XXXVIII, 391, 784.

Tellurate. — de soude contre les sueurs, XXXVIII, 104.

Température. Influence de la — sur la respiration, XXXVIII, 27 ; action de la — sur le nerf musculaire, XXXVII, 36 ; influence du cerveau sur la — XXXVII, 25 ; variations de la — céphalique durant le langage parlé, XXXVIII, 442 ; influence de l'air chaud sur la — du poulmon, XXXVII, 93 ; effets des hautes — sur le bacille typhique, XXXVIII, 491. — R. B., XXXVII, 388.

Tendon. Du réflexe — XXXVIII, 424 ; hygroma riziforme des gaines — XXXVIII, 63 ; luxation des — péroniers, XXXVIII, 662 ; rupture des — rotuliens et du — d'Achille, XXXVII, 630 ; suture des — XXXVII, 233. — R. B., XXXVII, 386, 788 ; XXXVIII, 391, 785.

Térébenthine. Inflammation produite par l'injection de — XXXVIII, 473.

Testicule. Développement du — XXXVIII, 19 ; organe de Giralde, XXXVII, 16 ; canal vagino-péritonéal — XXXVII, 16 ; puissance virile après la castration, XXXVIII, 240 ; de la névralgie du —

- XXXVIII, 277; epididymite syphilitique secondaire, XXXVIII, 627; des kystes de l'épididyme, XXXVIII, 279; — avec lésions éléphantiasiques, XXXVII, 575; tuberculose — chez l'enfant, XXXVII, 573; traitement de la tuberculose — XXXVIII, 692; rhabdomyome du — XXXVIII, 477; péritonite due à une périorchite — à l'anneau, XXXVII, 622; de l'ectopie — et son traitement XXXVIII, 278. — R. B., XXXVII, 386, 788; XXXVIII, 391, 785.
- Tétanie — chez l'enfant, XXXVIII, 199. — R. B., XXXVIII, 387, 788.
- Tétanos. Étiologie du — XXXVIII, 498; nature et étiologie du — XXXVII, 454, 455; vaccination chimique du — par la strychnine, XXXVII, 455; recherche du bacille — XXXVII, 77; inoculation du — aux animaux, XXXVII, 77; vitalité du virus — XXXVII, 77; bacille du — XXXVIII, 83; immunité contre le — XXXVII, 456; XXXVIII, 82; rapports du — et de la septicémie gangreneuse, XXXVII, 456; le — de la tête, XXXVII, 454; — des nouveau-nés, XXXVIII, 207. — R. B., XXXVII, 387, 788; XXXVIII, 391, 785.
- Tête. Vaso-moteurs de la — XXXVIII, 25.
- Tetronal. Action du — XXXVII, 471.
- Thalline. — dans la fièvre typhoïde, XXXVII, 109.
- Thébaine. Action de la — XXXVIII, 504.
- Théobromine. Action de la — XXXVII, 469.
- Thérapeutique. Traité de — XXXVIII, 98; leçons de — XXXVIII, 519. — R. B., XXXVII, 388, 789; XXXVIII, 391, 786.
- Thorax. Déformation — dans l'atrophie musculaire, XXXVIII, 548; gomme de la paroi — XXXVII, 203; kystes hydatiques intra — XXXVIII, 150; résection du — pour aborder le foie, XXXVIII, 259. — R. B., XXXVII, 399, 790; XXXVIII, 392, 786.
- Thrombose. De la — XXXVII, 49; XXXVIII, 53; de la — cachectique, XXXVII, 141; — veineuse dans la pneumonie, XXXVIII, 567; — des sinus cérébraux puerpérale, XXXVIII, 604; — des veines des membres et des sinus cérébraux, XXXVIII, 540; — de l'artère mésentérique, XXXVII, 517. — R. B., XXXVII, 790; XXXVIII, 786.
- Thym dans la coqueluche, XXXVIII, 105.
- Thymol. Effets du — XXXVIII, 510; — dans la chylurie, XXXVIII, 532.
- Thymus. Régression du — XXXVII, 413; mort par hyperplasie du — pendant la trachéotomie, XXXVIII, 313; — et tumeurs malignes du médiastin, XXXVIII, 477. — R. B., XXXVII, 389, 790.
- Thyroïde. Le tractus — glosse, XXXVIII, 410; extirpation de la — avec résection des carotides interne et externe, XXXVII, 220; modifications consécutives à l'ablation de la — XXXVII, 58; greffe — XXXVII, 630; de la greffe — dans le myxœdème, XXXVII, 234, 235. — R. B., XXXVII, 389, 790; XXXVIII, 392, 787.
- Thyroïdectomie. Goitre exophtalmique traité par la — XXXVII, 631.
- Tic. Voy. névrose.
- Torticolis. — congénital, XXXVIII, 653; résection du spinal dans le — XXXVIII, 653; résection des nerfs cervicaux dans le — XXXVIII, 653. — R. B., XXXVII, 389, 791; XXXVIII, 392, 787.
- Touraillon. Action du — sur le bacille cholérique, XXXVII, 460.
- Tourbe. — pour désinfecter les selles, XXXVIII, 122.
- Toux. — aboyante des adolescents, XXXIII, 200. Voy. larynx.
- Toxine. Action des — sur la tuberculose, XXXVIII, 78; — contenues dans les viscères et les crachats des tuberculeux, XXXVIII, 459; de la pepto — XXXVIII, 455.
- Trachée. Forme et calibre de la — XXXVIII, 14; épithélium de la — XXXVII, 13; signe — des anévrysmes de l'aorte, XXXVIII, 555; irruption dans la — d'un ganglion caséeux, XXXVIII, 313; mort dans le goitre exophtalmique par compression de la — XXXVIII, 313; tumeurs de la — XXXVIII, 313; polype de la — XXXVIII, 313. — R. B., XXXVII, 389, 791; XXXVIII, 393, 788.
- Trachéotomie. Du chloroforme dans la — XXXVIII, 312; mort subite par hyperplasie du thymus pendant la — XXXVIII, 313.
- Trachome. Le micro-organisme du — XXXVII, 641; du — XXXVIII, 698; répartition géographique du — XXXVII, 275; XXXVIII, 697; traitement du — XXXVIII, 697.
- Transfusion. — du sang et de solutions salines, XXXVII, 485. — R. B., XXXVII, 791; XXXVIII, 788.
- Tremblement. — hystérique, XXXVII, 511; XXXVIII, 552; — chez les épileptiques, XXXVIII, 641. — R. B., XXXVII, 389, 791; XXXVIII, 788.
- Trépanation. — des sinus frontaux, XXXVIII, 302; indications de la — XXXVII, 603, 605, 606; — pour rupture de l'artère méningée, XXXVII, 217; — dans les fractures du crâne, XXXVII, 571; XXXVIII, 245, 249, 644; — pour abcès et tumeurs du cerveau, XXXVII, 212, 217; XXXVIII, 245, 249, 644; — pour épilepsie traumatique, XXXVII, 212; XXXVIII, 245, 249, 644; — du rachis, XXXVII, 606, 607; XXXVIII, 208, 648; — pour spina bifida, XXXVIII, 648; — du bassin pour les abcès de cette région, XXXVII, 634. — R. B., XXXVII, 390, 791; XXXVIII, 393, 788.
- Trichiasis. Voy. paupière.
- Trichinose. Lésions de la — XXXVIII, 480.
- Trichloracétique (Acide). L' — comme caustique, XXXVIII, 703.
- Trichomycose. — nodulaire, XXXVII, 200.

Trichorrexis. — nodosa, XXXVIII, 615.
 Trional. Action du — XXXVII, 471.
 Trophique. Troubles — dans l'hystérie, XXXVIII, 134, 135.
 Tubage. — du larynx, XXXVIII, 308, 312, 708; — du nez, XXXVII, 652.
 Tuberculine. Voy. tuberculose.
 Tuberculose. Du bacille — XXXVIII, 73; propagation des bacilles — XXXVIII, 556; pénétration des bacilles — à travers l'intestin, XXXVII, 67; action locale des bacilles — XXXVII, 451; influence de la quantité des bacilles inoculés sur l'évolution de la — XXXVII, 451; action des cultures pures de — XXXVII, 451; vaccination anti — XXXVIII, 560; action des substances chimiques produites par le bacille — XXXVIII, 560; conditions qui modifient la virulence du bacille — XXXVIII, 556, 560; toxines contenues dans les crachats et les viscères des — XXXVIII, 459; alcaloïdes des bacilles — XXXVIII, 460; action des toxines sur la — XXXVIII, 78; associations bactériennes et morbides de la — XXXVIII, 560; l'identité de la — humaine et animale, XXXVIII, 560; évolution de la — expérimentale, XXXVII, 114; — aspergillaire, XXXVIII, 144; nouvelle — bacillaire d'origine bovine, XXXVII, 518; — zoogléique, XXXVII, 68; — des poules, XXXVII, 67; — des volailles, XXXVIII, 490; de la pseudo — XXXVIII, 490; — spontanée du chien, XXXVIII, 476; pseudo — du lièvre, XXXVIII, 476; le lait d'une vache — est-il virulent? XXXVII, 495; infectiosité de la viande fumée d'animaux — XXXVII, 115; contagiosité de la — par les aliments des — XXXVIII, 560; transmission de la — de la mère au fœtus, XXXVIII, 556; — par inoculation, XXXVII, 562; quelle est la part de l'hérédité et de la contagion dans le développement de la — XXXVII, 520; prédisposition à la — XXXVIII, 556; hérédité — XXXVIII, 556, 560; période d'incubation de la — XXXVIII, 556; fièvre bacillaire à forme typhoïde pré — XXXVIII, 560; — de l'enfance, XXXVII, 561; — et arthritisme, XXXVII, 517; XXXVIII, 556; la nutrition des — XXXVII, 517; la — pulmonaire, XXXVII, 123; adénopathie — trachéo-bronchique, XXXVIII, 476; anévrismes et lésions vasculaires — des cavernes, XXXVII, 52; de la — miliaire aiguë et de la méningite — XXXVIII, 556; — du nez, du larynx, des amygdales, XXXVIII, 704; de la — laryngée et de son traitement, XXXVIII, 305; — de la sclérotique, XXXVII, 270; — de l'iris, XXXVII, 276; — irienne et oculaire, XXXVII, 643; — du tractus uréal, XXXVII, 519; — de la langue, XXXVII, 519; — du maxillaire, XXXVII, 519; endocardite — XXXVII, 51; — gastrique, XXXVIII, 59; entérite — XXXVII, 524; néphrite des — XXXVIII, 62; des sueurs des — XXXVII, 518; la — cutanée, XXXVII, 660; myosite — XXXVIII, 289; lym-

phangiectasie — XXXVII, 574; passage du bacille de Koch dans le pus de séton des sujets — XXXVII, 518; présence de la — ine dans les exsudats — XXXVIII, 144; étude expérimentale de la — de Koch, XXXVIII, 560; traitement de la — par le procédé de Koch, XXXVII, 89; traitement de la — par le liquide de Koch, revue générale et critique et bibliographie, XXXVII, 692; résultats du traitement — par la tuberculine, XXXVIII, 523; prophylaxie de la — XXXVII, 114; prophylaxie de la — humaine et animale, XXXVIII, 560; guérison de la — par l'érysipèle, XXXVIII, 102; amélioration de la — par l'érysipèle, XXXVII, 481; — expérimentale, vaccination, XXXVII, 478; injections du sérum de chien et de chèvre dans la — XXXVII, 479, 480, 517; traitement par le sérum de chien, XXXVIII, 520; traitement de la — par le sang de chèvre, XXXVIII, 520; cantharidate de potasse dans la — XXXVIII, 101, 525; traitement par les injections intrapulmonaires, XXXVII, 519; XXXVIII, 101; traitement de la — par l'iodoforme, XXXVII, 519; traitement de la — par les injections d'huile créosotée à hautes doses, XXXVIII, 218; injections d'huile créosotée dans la — XXXVII, 94; injections de créosote dans la — XXXVIII, 520, 524, 525; gaïacol et créosote dans la — XXXVIII, 99, 100; injections de gaïacol, d'eucalyptolet et d'iodoforme dans la — XXXVIII, 99, 100; traitement de la — par les atmosphères médicamenteuses sous pression, XXXVIII, 520, 525; lavements créosotés dans la — XXXVIII, 526; injections d'iodoforme, XXXVIII, 526; inhalations d'air chaud dans la — XXXVII, 94, 481; XXXVIII, 102; air chaud dans la — laryngée, XXXVIII, 306; traitement de la — du larynx, XXXVII, 658; l'acide cyanhydrique dans la — XXXVIII, 524; baume du Pérou dans les ulcères — XXXVIII, 621; iode dans la — XXXVIII, 99; élévation de température dans les poumons de — après l'inhumation, XXXVII, 452; les grains riziformes sont-ils des produits — XXXVII, 518; les — du pied, XXXVIII, 284; — du rein, XXXVIII, 680, 685; abcès — péri-rénaux, XXXVIII, 685; néphrectomie pour — rénale, XXXVII, 251; — testiculaire chez l'enfant, XXXVII, 573; traitement de la — du testicule, XXXVIII, 692; laparotomie dans la péritonite — XXXVII, 616, 617; lavages dans la péritonite — XXXVII, 617; l'essence de girofles dans les — locales, XXXVII, 629; traitement de la — osseuse et articulaire par le naphthol camphré, XXXVII, 519; méthode de traitement des produits — des articulations, XXXVIII, 656; méthode sclérogène, XXXVIII, 656. — R. B., XXXVII, 390, 791; XXXVIII, 393, 789.
 Tumeur. Statistique des — XXXVII, 632; transport rétrograde des — XXXVIII, 481. — R. B., XXXVII, 391, 793; XXXVIII, 793.

Tungstène. Effets du — XXXVIII, 88.
 Tylosis. — palmaire et plantaire, XXXVIII, 614. — R. B., XXXVIII, 793.
 Typhlité. Pathologie et traitement de la — et péri — XXXVIII, 271; traitement chirurgical de l'appendicite et de la péri — XXXVII, 237, 621; XXXVIII, 671; extirpation de l'appendice vermiforme, XXXVIII, 671. Voy. intestin.
 Typhoïde (Fièvre). Acclimatement du virus — chez le lapin, XXXVIII, 493; recherche du bacille — XXXVII, 458; XXXVIII, 160; le bacille — dans l'eau potable, XXXVII, 458, 459; du bacille — XXXVIII, 77; durée de vitalité du bacille — dans le corps, XXXVIII, 78; effets des hautes températures sur le bacille — XXXVIII, 491; recherche du bacille — dans l'eau, XXXVIII, 491, 492; diagnostic du bacille — XXXVIII, 491; infection par le bacille — sans lésions intestinales, XXXVII, 526; présence de bacilles — dans l'urine, XXXVIII, 491; valeur diagnostique de la ponction splénique dans la — XXXVIII, 493; bacille — dans un foyer d'ostéite suite de — XXXVIII, 659; chondrite costale dans la — XXXVIII, 659; abcès abdominal avec bacille d'Eberth, XXXVIII, 160; parotidite dans la — avec bacille d'Eberth, XXXVIII, 160; bacille d'Eberth dans un épanchement pleural, XXXVIII, 145; épidémie de — XXXVIII, 160, 162; — sans ulcérations intestinales, XXXVIII, 160; lésions de l'intestin dans la — XXXVII, 52; complications de la — XXXVII, 526; hématuries dans la — XXXVII, 526; méningite — XXXVII, 505; paraplégie suite de — XXXVIII, 160; pneumonie — XXXVII, 70; pleurésie — XXXVII, 70; péri-chondrite laryngée — XXXVIII, 709; abcès du foie dans la — XXXVII, 148; gangrène dans la — XXXVII, 567; angioème supprimé de l'orbite suite de — XXXVIII, 293; traitement de la — par le chloroforme, XXXVII, 485; thalmine dans la — XXXVII, 109; naphthaline dans la — XXXVIII, 531; naphtol dans la — XXXVIII, 106; bains froids dans la — XXXVIII, 103; — infantile traitée par les bains froids, XXXVII, 566. — R. B., XXXVII, 391, 793; XXXVIII, 395, 793.

U

Ulcères. Les — des organes génitaux, XXXVIII, 627; du mal perforant, XXXVII, 633; baume du Pérou dans les — vénériens et tuberculeux, XXXVIII, 621. — R. B., XXXVII, 393, 794; XXXVIII, 396, 794.
 Ulcus. Résorcine contre l' — rodens, XXXVIII, 215.
 Ulexine. De l' — XXXVII, 83.
 Uralium. Action de l' — XXXVII, 485; XXXVIII, 87.

Urechites. Effets de l' — XXXVIII, 88.
 Urée. Formation de l' — XXXVIII, 42; ferment de l' — et dosage de l' — XXXVII, 439; excrétion d' — par le travail musculaire, XXXVII, 35; action de l' — sur les vaisseaux, XXXVIII, 26; valeur de l'hypoazoturie dans les affections chirurgicales, XXXVII, 43. — R. B., XXXVII, 393.
 Urémie. Nature de l' — XXXVIII, 70; hémiplegie — XXXVII, 153. — R. B., XXXVII, 393.
 Urètre. Calculs de l' — XXXVIII, 634; extirpation des calculs de l' — XXXVIII, 274; blessure de l' — dans une laparotomie, XXXVIII, 275; cathétérisme permanent des — XXXVII, 688; laparotomie pour rupture de l' — XXXVIII, 689. Voy. rein.
 Urètre. Microorganismes de l' — normal, XXXVIII, 502; blennorrhagie des canaux glandulaires — XXXVII, 589; gonococque dans les abcès blennorrhagiques péri — XXXVII, 589; calcul de l' — XXXVII, 261; calcul — chez l'enfant, XXXVIII, 207; tumeurs calleuses de l' — XXXVII, 635; traitement des blessures de l' — XXXVII, 260; électrolyse dans les rétrécissements de l' — XXXVII, 259, 261; XXXVIII, 638; étude comparée des traitements des rétrécissements — XXXVIII, 638; suture de l' — après l'urétrotomie externe, XXXVII, 259; traitement de la destruction de l' — chez la femme, XXXVIII, 273; restauration de l' — chez la femme, XXXVII, 258. — R. B., XXXVII, 393, 794; XXXVIII, 396, 794.
 Urétrotomie. Procédé d' — externe, XXXVIII, 687; suture de l'urètre après l' — externe, XXXVII, 259.
 Uricacidémie. Voy. urique.
 Urinaires. (Voies). Troubles nerveux avec troubles — XXXVIII, 131; emploi du picli dans les maladies — XXXVII, 487. — R. B., XXXVII, 393.
 Urine. L' — après ligature des artères intestinales, XXXVII, 42; élimination des sels de chaux par l' — XXXVII, 439; hématorporphyrine dans l' — XXXVIII, 446; coloration rouge de l' — XXXVIII, 449; diazo-réaction, XXXVIII, 451; toxicité de l' — XXXVIII, 487; toxicité de l' — pneumonique, XXXVII, 39; toxicité de l' — paludique, XXXVII, 41; recherche de la bile dans l' — XXXVII, 41; dosage de l'albumine dans l' — XXXVIII, 40; recherche du sucre dans l' — XXXVIII, 447; — recherche des substances réductrices dans l' — XXXVII, 439; présence du bacille typhique dans l' — XXXVIII, 494; recherche des iodes dans l' — XXXVIII, 455; — des aliénés, XXXVIII, 629. — R. B., XXXVII, 393, 794; XXXVIII, 397; 795.
 Urique (Acide). De l' — acidémie, XXXVII, 42; valeur du précipité d' — pour le diagnostic de la goutte, XXXVII, 40.
 Urobilinurie. Névrite multiple et — XXXVII, 508.
 Urticaire. — pigmentaire, XXXVII, 189;

— chronique, XXXVIII, 612; — chez les enfants, XXXVII, 578. R. B., XXXVII, 394, 795; XXXVIII, 795.

Utérus. Développement de l' — XXXVII, 417; épithélium des trompes — XXXVIII, 414; les caduques sérotine et réfléchie, XXXVIII, 414; lymphatiques de l' — XXXVIII, 415; pouvoir d'absorption de la muqueuse — XXXVIII, 37; régénération de l'épithélium des cornes — après la parturition, XXXVIII, 478; l'absence de l' — XXXVIII, 413; modifications des trompes et des ovaires pendant la grossesse et les suites de couches, XXXVIII, 604; anatomie et physiologie de l' — dans la grossesse et l'accouchement, XXXVIII, 607; coexistence d'affection du cœur et de lésions — XXXVIII, 187; lésions du cœur dans les maladies — XXXVII, 167; urémie dans le cancer — XXXVII, 167; molluscum du col — XXXVIII, 616; lupus de l' — XXXVIII, 214; syphilis du col — XXXVIII, 226; inertie — après l'ovariotomie, XXXVII, 185; stérilité et dysménorrhée par flexions — XXXVII, 536; traitement des rétroflexions — XXXVIII, 169; ventrofixation dans les rétroflexions, — XXXVIII, 176; l'inversion — XXXVII, 551, 552; prolapsus de l' — grave, XXXVII, 180; XXXVIII, 187; hernie de l' — gravidique, XXXVII, 550; traitement du prolapsus — XXXVIII, 595; grossesse et accouchement après le raccourcissement des ligaments ronds, XXXVII, 179; des métrorragies secondaires, XXXVIII, 595; traitement du catarrhe cervical, XXXVIII, 170; du drainage de l' — XXXVII, 536; ichthyol dans les maladies, — XXXVIII, 176; le pansement antiseptique dans les métrites, XXXVII, 168; traitement de la métrite du col, XXXVII, 168; le curetage et la cautérisation dans les métrites, XXXVII, 168; curetage de l' — dans les métrites, XXXVII, 535; des salpingites et ovarites, XXXVII, 534, 535; origine et traitement des hémato-salpingites, XXXVIII, 591; des pyosalpingites, XXXVIII, 167; pyosalpingite avec perforation de la vessie, XXXVIII, 168; ouverture par le vagin des collections purulentes salpingiennes et ovariennes, XXXVIII, 591; laparotomies pour pyo-salpinx, XXXVIII, 591; le curetage — dans les salpingites, XXXVII, 169; la salpingite blennorragique, XXXVII, 170, 590; XXXVIII, 591; la blennorrhagie cause d'inflammations — XXXVIII, 591; de la salpingite blennorragique, XXXVIII, 591; anatomie pathologique des trompes de Fallope, XXXVIII, 594; tumeurs incluses dans les ligaments larges, XXXVIII, 594; l'hystéropexie vaginale et ventrale, XXXVII, 170; procédé de suture pour l'amputation de Schröder, XXXVIII, 183; hystérectomie abdominale et vaginale, XXXVIII, 176; ablation des annexes — XXXVIII, 170, 172; hystérectomie dans les suppurations péri — XXXVIII, 172, 173; ablation des annexes

pour névroses, XXXVIII, 603; structure et origine des myomes — XXXVIII, 179; fibromes — compliquant la grossesse et l'accouchement, XXXVIII, 188; dystocie par fibromes — XXXVIII, 611; traitement des fibromes — XXXVII, 177, 541; traitement comparé des fibromes — XXXVIII, 179; électrolyse des fibromes — XXXVII, 540, 541; XXXVIII, 180, 181, 601, 602; hystérectomie, castration, et électricité pour fibromes — XXXVIII, 602; section césarienne avec suture pour un fibrome intra — XXXVIII, 601; hystérectomie pour cancer et fibromes, XXXVIII, 176, 177; rupture de l' — gravidique, XXXVII, 183; rupture de l' — XXXVII, 184; XXXVIII, 191; ablation de l' — cancéreux, XXXVII, 171, 173; XXXVIII, 176, 177; hystérectomie pour cancer — XXXVII, 542, 544; traitement du cancer — pendant la grossesse et l'accouchement, XXXVIII, 188. — R. B., XXXVII, 394, 795; XXXVIII, 397, 795.

V

Vaccine. Recherches sur la — XXXVII, 458; identité de la variole et de la — XXXVII, 457; — de chèvre, XXXVII, 113; fonctionnement de l'office — belge, XXXVII, 113; étude statistique sur les — XXXVII, 498; — obligatoire et revaccinations, XXXVIII, 111; — généralisée, XXXVII, 568; exanthème — XXXVII, 187; ostéomyélite suite d'infection — par les staphylocoques, XXXVIII, 659; immunité contre l'influenza par la — XXXVIII, 146; causes de l'immunité — XXXVII, 446; — anti-tuberculeuses, XXXVIII, 560; — antirabiques, XXXVIII, 497; de la — charbonneuse, XXXVIII, 81. — R. B., XXXVII, 397, 798; XXXVIII, 399, 798.

Vagin. Développement du — XXXVII, 417; déchirures du — dans le travail, XXXVII, 553; dystocie par atésie complète du — XXXVIII, 608; rupture du — passage de l'enfant dans la cavité péritonéale, XXXVII, 553; ouverture par le — des collections purulentes salpingiennes et ovariennes, XXXVIII, 591; traitement de la fistule recto — XXXVIII, 598; abouchements congénitaux du rectum au — XXXVIII, 185; traitement des rétrécissements — XXXVIII, 186; restauration du — XXXVIII, 185. — R. B., XXXVII, 397, 798; XXXVIII, 399, 798.

Vaginite. Arthrite avec vulvo — chez des enfants, XXXVII, 573.

Vaisseau. Relations réciproques du cœur et des — XXXVII, 424; action de l'urée sur les — XXXVIII, 26; lésions — dans le cancer, XXXVIII, 477.

Varices. — De l'œsophage dans l'alcoo-

- lisme, XXXVII, 523; — œsophagien-
nes dans la cirrhose du foie, XXXVIII,
148; cure radicale des — XXXVII,
264. Voy. veine.
- Varicelle. — compliquée de synovite,
XXXVII, 568. — R. B., XXXVII, 398.
- Variole. Identité de la — et de la vac-
cine, XXXVII, 457; orchite — XXXVII,
263. — R. B., XXXVII, 398, 798;
XXXVIII, 399, 799.
- Vaso-moteur. — de la tête, XXXVIII,
25; — de la rétine, XXXVIII, 25;
effets de l'électricité sur les —
XXXVII, 31.
- Veine. Circulation — de l'embryon,
XXXVII, 8; appareil — des artères
encéphaliques, XXXVII, 403; — des
nerfs, XXXVII, 410; nerfs de la —
porte, XXXVIII, 27; valeur diagnos-
tique des bruits de souffle — XXXVIII,
554; anévrisme de l'aorte et de la —
cave, XXXVII, 514; XXXVIII, 143;
ligature simultanée de l'artère et de la
— fémorales, XXXVIII, 254; thrombose
— dans la pneumonie, XXXVIII, 567;
des oblitérations de la — cave infé-
rieure, XXXVII, 516; des injections
intra — thérapeutiques, XXXVIII, 534. —
R. B., XXXVII, 398, 799; XXXVIII,
399, 799.
- Venin. R. B., XXXVII, 398, 799.
- Verrue. R. B., XXXVII, 398.
- Verruga. R. B., XXXVIII, 399.
- Vernis. — à l'ichthyol, XXXVIII, 220.
- Version. Voy. accouchement.
- Verrue. — séborréique, XXXVII, 192.
- Vertèbres. Voy. rachis.
- Vertige. — de Ménière, XXXVIII, 740; —
cardio-vasculaire, XXXVII, 140.
- Vésicule séminale. Extirpation des —
XXXVII, 262.
- Vessie. Nerfs moteurs de la — XXXVIII,
20; corps albuminoïdes de la —
XXXVIII, 448; rôle de la — pendant
l'accouchement et la délivrance, XXXVIII
610; pollakiurie psychopathique, XXXVIII
687; lésion de la — dans la cure her-
niaire, XXXVII, 246; pyosalpingite
avec perforation de la — XXXVIII,
168; fractures du bassin avec déchir-
ure de la — XXXVIII, 661; exfolia-
tion de la — XXXVII, 179; cysto-
pexie contre la cystocèle vaginale,
XXXVII, 178; traitement de la cysto-
cèle, XXXVII, 537; traitement de l'ex-
strophie — XXXVII, 255, 256; rap-
ports entre les calculs — libres et en-
chatonnés, XXXVIII, 687; lithiase —
produite par un kyste dermoïde,
XXXVII, 261; fragments osseux dans
la — XXXVIII, 273; néoplasmes de la
— XXXVIII, 686; des tumeurs villeu-
ses de la — XXXVII, 257; kystes hy-
datiques de la — XXXVII, 257;
XXXVIII, 273; kyste séreux de la face
postérieure de la — XXXVIII, 275;
drainage capillaire de la — XXXVII,
- 258; suture de la — après la taille,
XXXVII, 257; cathétérisme rétrograde
par la taille, XXXVII, 258; résection
du pubis dans la taille, XXXVIII, 275.
— R. B., XXXVII, 398, 799; XXXVIII,
399, 799.
- Viande. Digestion de la — XXXVII, 432;
peptonisation de la — suivant la pré-
paration, XXXVII, 46; salage des —
XXXVIII, 119; consommation de —
toxiques, XXXVIII, 120; bactéries et
ptomaines des — de conserve, XXXVII,
493; infectiosité de la — fumée d'ani-
maux tuberculeux, XXXVII, 115; em-
poisonnement par la — mauvaise,
XXXVIII, 518. — R. B., XXXVII,
800.
- Vin. Influence des — sur la digestion,
XXXVIII, 95. — R. B., XXXVII, 399,
800.
- Vision. Théorie des troubles de la fonc-
tion — XXXVIII, 692; influence sur
l'acuité de la — de la longueur d'onde
des lumières spectrales, XXXVII, 269;
état de la — dans la maladie de Thorn-
sen, XXXVIII, 549. — R. B., XXXVII,
399, 800; XXXVIII, 400, 800.
- Vitiligo. R. B., XXXVIII, 800.
- Vitré (Corps). Altération du — dans le
glaucome, XXXVII, 647; néoformation
des vaisseaux dans le — XXXVIII, 300.
— R. B., XXXVII, 800; XXXVIII,
400, 800.
- Vomissement. Centre du — XXXVIII,
420; — répétés dans la diphtérie,
XXXVII, 565. — R. B., XXXVII, 399,
800.
- Vulve. Abouchements congénitaux du
rectum à la — XXXVIII, 185.

X

- Xanthine. De l'hypo — XXXVII, 46.
- Xanthome. Régression du — XXXVII,
192. — R. B., XXXVII, 800; XXXVIII,
400.
- Xérodermie. De la — XXXVII, 581. —
R. B., XXXVII, 400; XXXVIII, 400.
- Xérosis. — conjonctival, XXXVII, 641.

Z

- Zona. — épidémique, XXXVII, 194; —
gangreneux, XXXVII, 194; — hysté-
rique, XXXVII, 194. — R. B., XXXVII,
400, 800; XXXVIII, 400, 800.



